



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
INSTITUTO PEDAGÓGICO NACIONAL



FORMATO SOLICITUD ADMISIÓN -2024
PARA EL GRADO _____
HERMANOS EN EL IPN¹

DATOS DEL ASPIRANTE

Nombres del aspirante: _____

Primer apellido: _____

Segundo apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Foto reciente
3x4

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nombre de la institución o Jardín de procedencia	Dirección/Teléfono	Director/Rector	Grados cursados	Año en que los curso

Si ha estudiado en dos o más instituciones, ¿Cuál ha sido el motivo del retiro?

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre del padre: _____ Ocupación: _____

Nombre de la madre: _____ Ocupación: _____

Nombres y apellidos hermanos en el IPN	Director(a) de curso actual	Director(a) de curso año anterior

¹ Los hermanos de los estudiantes del IPN, cuyas familias hayan evidenciado un alto grado de compromiso con el PEI y cumplimiento con el acompañamiento del proceso escolar de sus hijos y con las obligaciones con el IPN, dependiendo de la disponibilidad de cupos y de manera preferencial, serán admitidos en el IPN siempre y cuando cumplan con los requisitos en el proceso de admisión, no hayan sido estudiantes en años anteriores, no soliciten ingreso al instituto para repetir el año y presenten el debido certificado de buen comportamiento expedido por la institución de procedencia.(Acuerdo 02 de 2023 expedido por el consejo directivo del IPN).

Escriba 2 normas básicas que existen en su hogar

Identifique 2 o más valores que considere importantes en su familia

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ASPIRANTE

¿Cómo ocupa su hijo(a) el tiempo libre?

¿Cuál deporte practica? ¿Es deportista de alto rendimiento?

¿Cuáles son las asignaturas en las que mejor desempeño tiene? y ¿Cuáles son las que no le gustan o se le dificulta?

HISTORIA MÉDICA

PATÓLOGICOS (Escriba las enfermedades que padece el aspirante). **Si** ___ **No** ___

QUIRÚRGICOS (Escriba si le han realizado alguna cirugía al aspirante y qué cirugía). **Si** ___ **No** ___

ALÉRGICOS (Escriba si el aspirante tiene algún tipo de alergia a medicamentos o alimentos, sea específico). **Si** ___ **No** ___

MEDICAMENTOS (Escriba si el aspirante está tomando algún tipo de medicina o tratamiento y mencione los nombres de los medicamentos y para qué los está tomando). **Si** ___ **No** ___

LIMITACIÓN PARA EL EJERCICIO FÍSICO (Si el aspirante presenta alguna condición que le impida o limite hacer ejercicio - descríballo) **Si** ___ **No** ___

TERAPÉUTICOS (Escriba si el aspirante ha sido remitido a fonoaudiología, terapia ocupacional, psicología, psicopedagogía o fisioterapia) **Si** ___ **No** ___

OTROS (Si tiene otra información que considere importante mencionar relacionada con la salud del aspirante). **Si** ___ **No** ___

ANEXAR: Certificado de buena conducta de la institución anterior.

Certificados de calificaciones de años anteriores.

Informes de evaluación año 2023.

Descargar el formulario y enviar debidamente diligenciado con foto reciente del aspirante al correo ipn@pedagogica.edu.co; en el asunto del correo, indicar el nombre y el grado del aspirante

Proyecto: Diana Carolina Atehortúa Rincón – Representante comité de admisiones sección Preescolar.

Reviso: Julia Rosa Rubio Parra - Coordinadora académica de Preescolar y Primaria.

María Julieta Carrillo Jiménez – Psicóloga.