FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

LCI Bogotá

Código Personal
Uso exclusivo de la Institución

IDENTIFICACIÓN DEL ASPIRANTE

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

Apellidos | Nombres

Nacionalidad | Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año) | C.C._ T.I. _ P.P._ C.E._

Dirección | Ciudad

País | Teléfono Fijo | Celular

Correo Electrónico | RH Sanguíneo

Apellidos Padre | Nombres Padre

Apellidos Madre | Nombres Madre

Dirección Padres | Ciudad | Tel.

Celular Madre | Celular Padre | Estado Civil del Estudiante

PROGRAMA ESCOGIDO

Nombre del Programa | Año

Inicio ☐ Enero ☐ Mayo ☐ Septiembre

ESTUDIOS REALIZADOS

Bachillerato Nombre Institución | Año Grado

Ciudad | Calendario

Universidad Profesional ☐ Tecnólogo ☐ Técnico ☐ Institución

Programa Académico | Semestres Cursados | Año Grado

Idiomas Inglés ☐ Francés ☐ Otros ☐

CÓMO SE ENTERÓ DE LCI Bogotá?

Medio Impreso ___ Cuál? _____ Internet _____ Cuál? _____ Feria ___ Cuál? _____

Referido _____ Televisión _____ Visita al Colegio _____ Otros (especifique) _____

Yo certifico que la información anteriormente suministrada es verídica. Autorizo la verificación de la información suministrada por entidades autorizadas. Acepto los requerimientos académicos y financieros exigidos por LCI Bogotá, y me comprometo a respetarlos.

Estudiante

Nombre | Día / Mes / Año (Fecha)

Cédula | Firma _____

Acudiente

Nombre

Cédula | Firma _____

REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN

LCI Bogotá

ARTÍCULO 9. DE LA INSCRIPCIÓN

El aspirante que desee ingresar a LCI Bogotá, debe acreditar el cumplimiento de los siguientes requisitos:
• Ser mayor de 16 años
• Carta de intención (¿Por qué escogiste LCI Bogotá y qué te motivo a estudiar el programa que vas a cursar?)
• Diligenciar el formulario de inscripción
• Diligenciar el formulario de salud
• Copia del documento de identidad ampliada al 150%
• Copia autenticada del acta y diploma de bachiller o su equivalente en el exterior con las respectivas convalidaciones de acuerdo a las disposiciones que sobre la materia expida la autoridad competente 1.
• Copia certificado de estudios de último año de bachillerato.
• Acreditar la presentación del Examen de Estado o su equivalente en el país de origen 2.
• Cancelación de derechos de Inscripción. (El valor de la inscripción no es reembolsable)
• Carné y/o certificado de afiliación al servicio de salud, bien sea como afiliados o como cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo, como afiliados al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad
Social en Salud, o como afiliado a uno de los regímenes de excepción que contempla el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.
• En el caso de los estudiantes extranjeros, pasaporte, cédula de extranjería y visa de estudios, requisito exigido
por las autoridades de inmigración.
• Cualquier otro requisito que en su momento exija la ley como la Fundación.

- La copia del Acta de Grado o Diploma y certificados de notas, debe contar con el apostillado por el Ministerio de Relaciones Exteriores o entidad encargada de éste trámite (convención de la Haya) en el país de origen; o en su defecto para los países que no pertenecen al Convenio de la Haya, autenticado o sellados por el Cónsul de Colombia en el país de origen, y refrendados por el Ministerio de Relaciones exteriores de Colombia. Convalidación del título de secundaria o bachillerato ante el Ministerio de Educación Nacional de Colombia (Resolución 631 de febrero de 1997) - Están exentos de este requisito quienes hayan estudiado en países signatarios del Convenio Andrés Bello: Bolivia, Chile, Cuba, Ecuador, España, México, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela.
- Si el aspirante no tiene este documento debe suscribir un compromiso donde se responsabilice de presentar las pruebas de estado y entregar los resultados en el departamento de admisiones antes de un (1) año.

HOJA DE SALUD ALUMNO

LCI Bogotá

Nombre del Alumno _____

Fecha de Nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____ Lugar de Nacimiento: _____

Dirección de la Casa _____

Nombre del Padre _____

Teléfono Oficina _____ Celular _____

Nombre de la Madre _____

Teléfono Oficina _____ Celular _____

EPS _____ Salud Prepagada _____

En caso de emergencia comunicarse con: (Residente en Bogotá) _____

Teléfono Oficina _____ Celular _____

En caso de emergencia preferiría que sea trasladado(a) a la siguiente institución:

_____

ANTECEDENTES PERSONALES

Grupo Sanguíneo _____ Alteraciones de Visión: _____

Alteraciones Auditivas Si ☐ No ☐ Cuál _____

Problemas de Aprendizaje Si ☐ No ☐ Cuál (Dislexia, Hiperactividad, otros) _____

Enfermedad Psiquiátrica Si ☐ No ☐ Cuál _____

Discapacidad Física Si ☐ No ☐ Cuál _____

FARMACOLOGÍA

Medicamentos Permanentes _____

Medicamentos que NO deben Suministrarse _____

INMUNOLÓGICOS (Vacunas)

☐ BCG	☐ Varicela	☐ Tetano	☐ Hepatitis A
☐ DTP	☐ Neumococo	☐ Meningitis	☐ Hepatitis B
☐ MMR (Triple Viral)	☐ Polio	☐ Otras	☐ Influenza (gripa)

Cuál? _____

Nombre de quien suministra los datos _____

Firma de quien suministra los datos _____ Fecha _____

OBSERVACIONES

_____

_____

_____