



Solicitamos al Director(a) de Grupo se sirva diligenciar el siguiente formato. Este informe es de carácter confidencial, por lo cual debe enviarse **SELLADO**. De antemano le agradecemos el tiempo valioso que le dedique a éste.

Institución de procedencia: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ Nombre de quien diligencia: \_\_\_\_\_

**① Datos Personales:**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_  
Padres o acudientes: \_\_\_\_\_

Nombre	Parentesco	Teléfono

**② Información Académica:**

Fecha de ingreso a la Institución: \_\_\_\_\_ Grados Cursados: \_\_\_\_\_ Grados repetidos: \_\_\_\_\_  
¿Cómo valora la obtención de logros del estudiante? \_\_\_\_\_  
¿En cuáles áreas no ha obtenido los logros? ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Actividades en la que participa con agrado: \_\_\_\_\_  
Sus fortalezas Académicas: \_\_\_\_\_  
Sus Debilidades Académicas: \_\_\_\_\_  
La comprensión de orientaciones y mensajes es: \_\_\_\_\_  
La participación en el desarrollo de la clase es: \_\_\_\_\_  
La realización de las diferentes actividades de clase es: \_\_\_\_\_  
Su memoria es: \_\_\_\_\_ Su nivel de atención es: \_\_\_\_\_ Su nivel de concentración es: \_\_\_\_\_

**③ Información comportamental:**

Descripción	Excelente	Bueno	Aceptable	Ineficiente	Deficiente
<b>Presentación Personal</b>					
<b>Puntualidad</b>					
<b>Acato a la Norma</b>					
<b>Relaciones con docentes y directivos</b>					
<b>Relaciones con sus compañeros</b>					
<b>Vocabulario</b>					
<b>Comportamiento en el aula de clase</b>					
<b>Comportamiento en las áreas comunes</b>					
<b>Actitud para el trabajo en equipo</b>					
<b>Sentido de pertenencia por la institución</b>					



Cuáles aspectos comportamentales considera importantes destacar: \_\_\_\_\_

Cuáles aspectos comportamentales considera que se deben mejorar: \_\_\_\_\_

**4 Salud:**

¿Cuál o cuáles enfermedades relevantes padece o ha padecido?: \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento?: \_\_\_\_\_

¿Requiere algún tratamiento o cuidado especial?: \_\_\_\_\_

¿Recibe o ha recibido atención Psicológica o Neurosicológica? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

¿Tiene medicación? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Información complementaria: \_\_\_\_\_

**5 COMPROMISO DE LA FAMILIA O ACUDIENTE**

Descripción	Siempre	A veces	Nunca
¿Se evidencia acompañamiento desde la afectividad y la norma?			
¿Asiste puntualmente a las reuniones de padres de familia o citas?			
¿Asisten a las actividades complementarias programadas por la institución?			
¿Generan conflictos ante las decisiones de la institución?			
¿Son cumplidos en el pago de las pensiones u otras obligaciones?			
¿Se encuentran a paz y salvo por todo concepto?			

**Información Complementaria:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6 Valoración de la Institución Educativa**

Motivo por el cuál el estudiante solicita cambio de colegio:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿En caso de no ser admitido en nuestra institución, el estudiante cuenta con el cupo para continuar sus estudios en ese colegio? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué?: \_\_\_\_\_

**7 OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Rector(a)

\_\_\_\_\_  
Firma Director(a) de Grupo