

**INSTITUTO DE CULTURA Y TURISMO DE PAMPLONA**  
**CENTRO CULTURAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA**  
**PROYECTO OBSERVATORIO CREATIVO DESARROLLO**  
**ARTÍSTICO Y CULTURAL**



Formulario de inscripción y matrícula

Marcar los espacios más pequeños con una X

Datos del estudiante y de los padres o representantes legales

FECHA DE INSCRIPCIÓN Y MATRICULA		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EXPEDIDO EN
<input type="text"/>		C.C. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		T.I. <input type="checkbox"/>		
NOMBRES		ESTADO CIVIL	EDAD	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
APELLIDOS		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
DIRECCIÓN	BARRIO	TELÉFONO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
OCUPACIÓN	TELÉFONO	OCUPACIÓN	TELÉFONO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
REPRESENTANTE LEGAL			TELÉFONO	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
NIVEL ACADÉMICO				
Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/>				
ESCUELA DE FORMACIÓN EN:		NOMBRE DEL INSTRUMENTO MÚSICAL		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
NIVEL: Iniciación <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Complementario <input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/>				
CONDICIÓN ESPECIAL: Ninguna <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Reintegrado <input type="checkbox"/> Indigente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				
GRUPO ÉTNICO: Ninguno <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>				
DISCAPACIDAD: Mental <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Motriz <input type="checkbox"/> VISUAL: Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>				
AUDITIVA: Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Ninguna Incapacidad <input type="checkbox"/>				

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA, ACUDIENTE  
 O REPRESENTANTE LEGAL  
 C.C.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL FORMADOR

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL COORDINADOR

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL DIRECTOR  
 GENERAL DEL I.C.T.P.