|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATOS PERSONALES BENEFICIARIO |  Modalidad prestación: PresencialFecha de Inscripción: Virtual  Trabajo en Casa  Virtual y trabajo en casa | **N° Inscripción:** |
| **NOMBRES Y APELLIDOS (completos)** | **AFILIADO** | **SI** | **NO** | **CATEGORIA** |  |
| **EDAD** |  | **No. IDENTIFICACIÓN** |  | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN: R.C. T.I. C.C. C.E.** |
|  **NACIONALIDAD** | **EPS AFILIADO** |
| **TIPO SANGRE** |  | **SEXO** |  | **ESTATURA** |  | **PESO** |  | **TALLA** |  |
| **LUGAR DE NACIMIENTO** |  | **FECHA DE NACIMIENTO** | **AÑO** | **MES** | **DIA** |
| **DIRECCIÓN** |  | **BARRIO** |  | **TELEFÓNO** |  **CIUDAD** |  |
| **NOMBRE DE PERSONA CON QUIEN CONVIVE** |  | **PARENTESCO** | **SISBEN** | **PUNTAJE** |
|  |
| **PERTENENCIA ÉTNICA** | AFROCOLOMBIANO |  | INDIGENA |  | RAIZAL |  | NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES |  |
| COMUNIDAD NEGRA |  | PALENQUERO |  | ROOM GITANO |  |
| **POBLACIÓN QUE PERTENECE** | VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO |  | EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD FISICA |  | VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO Y EN CONDICION DE DISCAPACIDAD FISICA |  | EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO Y EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD FÍSICA |  |
| EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO |  | VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO |  | VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO Y EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD FÍSICA |  | NO APLICA NINGUNA DE LAS ANTERIORES |  |
| **FACTOR DE VULNERABILIDAD** | DESPLAZADO |  | VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO (NO DESPLAZADO) |  | DESMOVILIZADO O REINSERTADO |  | HIJO(AS) DE DESMOVILIZADOS O REINSERTADOS |  |
| DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL |  | CABEZA DE FAMILIA |  | HIJOS(AS) DEMADRES CABEZA DE FAMILIA |  | EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD |  |
| POBLACIÓN MIGRANTE |  | POBLACIÓN ZONAS FRONTERA (NACIONAL) |  | EJERCICIO DEL TRABAJO SEXUAL |  | NO APLICA |  |
| **TIPO DE DISCAPACIDAD (SI LA PRESENTA) SI NO** **SI****NO****CUAL** |  **CUAL**  | **ALERGICO A** |  |

DATOS FAMILIARES DEL BENEFICIARIO

|  |
| --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE** |
|  **TIPO DE IDENTIFICACIÓN: R.C: T.I.: C.C: C.E:**  | **N° IDENTIFICACIÓN:** |
| **TELEFÓNO** |  | **DIRECCIÓN** |  | **BARRIO** |  |
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE** |
|  **TIPO DE IDENTIFICACIÓN: R.C: T.I.: C.C: C.E:**  | **N° IDENTIFICACIÓN:** |
| **TELEFÓNO** |  | **DIRECCIÓN** |  | **BARRIO** |  |
| **NOMBRES Y APELLIDOS DELACUDIENTE** |
|  **TIPO DE IDENTIFICACIÓN: R.C: T.I.: C.C: C.E:**  | **N° IDENTIFICACIÓN:** |
| **TELEFÓNO** |  | **DIRECCIÓN** |  | **BARRIO** |  |

MODALIDAD DE SERVICIO

|  |
| --- |
| **SELECCIONA EL PROGRAMA O MODALIDAD EN LA QUE SE INSCRIBE EL BENEFICIARIO** |
| **MODALIDADES AIN**(Selecciona la modalidad y en la columna derecha el servicio) | **MODALIDADES JEC** |
| INSTITUCIONAL |  |  | CIENCIA Y TECNOLOGÍA  |  |
| FAMILIAR |  |  | BILINGÜISMO  |  |
| COMUNITARIA |  |  | MEDIO AMBIENTE |  |
| PROPIA |  |  | LECTURA |  |
|  |  |  | DEPORTES |  |
|  |  |  | FORMACIÓN ARTÍSTICA Y CULTURAL |  |
|  |
| **OTROS PROGRAMAS** | ADULTO MAYOR | ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA |  |
| DISCAPACIDAD | ESCUELAS DE FORMACIÓN ARTÍSTICA  |  |
|  | NUTRICIÓN |  |
| *Sr. Padre de familia: para el buen ejercicio de nuestro trabajo dedicado a la niños(as) y jóvenes, se hace necesario que usted, como principal cuidador responsable nos autorice el siguiente consentimiento:**Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con cedula de ciudadanía número, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, acudiente del niño(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Doy mi consentimiento para la toma de fotos, muestras fílmicas, declaraciones testimoniales uso de mi nombre o el nombre de mis hijos/as, para la base de datos que requiere la corporación, como también la publicidad en las diferentes actividades y celebraciones dirigidas por CAFABA a los niños (as) pertenecientes al programa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Lo anterior se solicita para fines de control publicitario y entrega de informes técnicos en los diferentes convenios vigentes y así mismo se autorice la Salida de los niños(as) y jóvenes de las instituciones educativas a los eventos programados como son: Jornadas lúdico-recreativas, celebraciones especiales como: Día de la Niñez y la Recreación, Día de los Angelitos y Clausura del programa, salidas pedagógicas. (Cuando aplique).**Manifiesto que esta autorización la otorgo con carácter gratuito, por lo que entiendo que no recibiré ningún tipo de compensación, bonificación o pago de ninguna naturaleza.* |
| **AUTORIZACIÓN PADRE/ MADRE/ACUDIENTE (PARA MENORES DE EDAD)** |
| **NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS**  | **FIRMA CON Nº DE C.C** |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO / INSTRUCTOR QUE LE ATENDIÓ** |
| **NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS** | **FIRMA CON Nº DE C.C.** |