

Formulario para resguardar la seguridad física de las y los estudiantes durante la entrada y salida de la jornada escolar

| DATOS DEL/LA ESTUDIANTE: | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| APELLIDOS: | | NOMBRES: | | | | | |
| Cédula: | Grado/Curso: | EGB <input type="checkbox"/> | BG <input type="checkbox"/> | INICIAL 1 <input type="checkbox"/> | INICIAL 2 <input type="checkbox"/> | | |
| DOMICILIO: Calle principal: | | Nro. | Calle Secundaria: | | | | |
| SECTOR: | Tif. Convencional: | Tif. Celular: | | | | | |

| DATOS DEL PADRE: | | | | REPRESENTANTE LEGAL: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--|--|--|--|
| APELLIDOS: | | NOMBRES: | | | | | |
| Cédula: | Tif. Celular: | Tif. Convencional: | | | | | |
| DOMICILIO: Calle principal: | | Nro. | Calle Secundaria: | | | | |
| Lugar de Trabajo: | Tif. Convencional: | | | | | | |

| DATOS DE LA MADRE: | | | | REPRESENTANTE LEGAL: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--|--|--|--|
| APELLIDOS: | | NOMBRES: | | | | | |
| Cédula: | Tif. Celular: | Tif. Convencional: | | | | | |
| DOMICILIO: Calle principal: | | Nro. | Calle Secundaria: | | | | |
| Lugar de Trabajo: | Tif. Convencional: | | | | | | |

En caso de no ser ninguno de los padres el representante legal favor completar los datos:

| DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL: | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--|--|--|--|
| APELLIDOS: | | NOMBRES: | | | | | |
| Cédula: | Tif. Celular: | Tif. Convencional: | | | | | |
| DOMICILIO: Calle principal: | | Nro. | Calle Secundaria: | | | | |
| Lugar de Trabajo: | Tif. Convencional: | | | | | | |

DEL TRASLADO DEL O LA ESTUDIANTE A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y EL RETORNO DEL MISMO A SU DOMICILIO

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| El /la estudiante utiliza transporte escolar: | Si: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> |
|---|------------------------------|------------------------------|

Si la respuesta es positiva llene los siguientes datos:

| | | |
|---------------|-----------------------|-----------|
| Nro. de ruta: | Nombre del conductor: | Tif. Cel: |
|---------------|-----------------------|-----------|

Si la respuesta es negativa especifique como el/la estudiante se transporta hacia y desde la institución:

| | | | | | |
|---------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| Transporte Público: | Trolebus <input type="checkbox"/> | Metrovía <input type="checkbox"/> | Ecovia <input type="checkbox"/> | Bus Urbano <input type="checkbox"/> | |
| Transporte privado: | Sin Transporte: | | | | |

Especifique el recorrido que realiza desde y hacia la institución:

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR A LA/EL ESTUDIANTE DE LA INSTITUCIÓN

Se puede autorizar a un máximo de 3 personas

| PRIMERA: | | | |
|---------------|--------------|--|--|
| NOMBRE: | Nro. Cédula: | | |
| Nro. Celular: | Parentesco: | | |

| SEGUNDA: | | | |
|---------------|--------------|--|--|
| NOMBRE: | Nro. Cédula: | | |
| Nro. Celular: | Parentesco: | | |

| TERCERA: | | | |
|---------------|--------------|--|--|
| NOMBRE: | Nro. Cédula: | | |
| Nro. Celular: | Parentesco: | | |

Firma del Representante Legal

Inspección General