



FICHA DE REGISTRO DE ESTUDIANTES DE LAS MODALIDADES FLEXIBLES DE EDUCACIÓN 2024

Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología Dirección de Educación de Jóvenes y Adultos Instituto de Modalidades Flexibles de Educación	Formulario EDUCAME RAN 2-2 Versión 1.4
--	---

1. DATOS DE LA SEDE

Código del Centro Educativo	Código de sede
Nombre de la sede	

2. DATOS PERSONALES

Nombres	
Apellidos	
Sexo: <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre	Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
Número de DUI: _____ NIE: _____	
Nacionalidad: <input type="radio"/> salvadoreña <input type="radio"/> extranjera	
Estado Familiar: <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Acompañado(a)	
Medio de transporte para llegar al Centro: <input type="radio"/> Propio <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Peatonal <input type="radio"/> Otro	
Distancia en kilómetros entre la sede y la residencia: _____	
Trabaja <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ocupación: _____
Posee Discapacidad: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Tipo de discapacidad: _____	
Retornado: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
País: _____	

3. DATOS DE RESIDENCIA

Dirección	Zona de residencia: <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbano
Departamento	Municipio
Teléfono residencia	Teléfono celular
Teléfono del trabajo	Correo electrónico

4. DATOS SOBRE SITUACION FAMILIAR

Convivencia	1. Con Madre <input type="radio"/>	2. Con Padre <input type="radio"/>	3. Padre y Madre <input type="radio"/>	4. Con familiar <input type="radio"/>	5. No vive con familiares <input type="radio"/>	6. Especifique: _____	Número de miembros de la Familia: _____	
	De quien depende económicamente	1. Padre <input type="radio"/>	2. Madre <input type="radio"/>	3. Padre y Madre <input type="radio"/>	4. Hermanos <input type="radio"/>	5. Otros <input type="radio"/>	6. Especifique: _____	Tiene hijos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
							Detalle de Edades por hijo:	
							Hijo1 _____ años Sexo _____	Hijos menores a un año
							Hijo2 _____ años Sexo _____	
							Hijo3 _____ años Sexo _____	_____ Meses Sexo _____
							Hijo4 _____ años Sexo _____	

5. ESTUDIOS REALIZADOS

Ultimo grado cursado:				Año en que lo cursó:			
Institución en que lo cursó	Modalidades Flexibles <input type="radio"/>	Regular <input type="radio"/>	Extranjero <input type="radio"/>	Código	_____	_____	_____
Nombre del Centro Educativo: _____							

6. DATOS DE MATRICULA

Turno <input type="radio"/> Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Mañana y tarde <input type="radio"/> Nocturno		Modalidad de Atención <input type="radio"/> Nocturno <input type="radio"/> Distancia <input type="radio"/> Acelerada <input type="radio"/> Semipresencial <input type="radio"/> Virtual				Tipo de ingreso <input type="radio"/> Certificado Escolar <input type="radio"/> Certificación de Notas <input type="radio"/> Prueba de Suficiencia <input type="radio"/> Resolución por Equivalencia	
Jornada <input type="radio"/> Lunes a Viernes <input type="radio"/> Sábado <input type="radio"/> Domingo		<input type="radio"/> Prueba de Suficiencia <input type="radio"/> Nivelación Académica <input type="radio"/> Modalidad Flexible Integrada					
Grado a Matricular							
O Primer Ciclo	<input type="radio"/> 1° Grado	<input type="radio"/> 2° Grado	<input type="radio"/> 3° Grado	O Bachillerato General		<input type="radio"/> 1er. Año	<input type="radio"/> 2°. Año
O Segundo Ciclo	<input type="radio"/> 4° Grado	<input type="radio"/> 5° Grado	<input type="radio"/> 6° Grado	Sección: _____			
O Tercer Ciclo	<input type="radio"/> 7° Grado	<input type="radio"/> 8° Grado	<input type="radio"/> 9° Grado				
Datos adicionales							
Presentó: <input type="radio"/> Partida de Nacimiento <input type="radio"/> Certificado <input type="radio"/> DUI <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carné de Residente <input type="radio"/> Certificación de notas <input type="radio"/> Resolución por Equivalencia							

7. DATOS FAMILIARES O DEL RESPONSABLE

DATOS DE FAMILIAR Nombres:		Apellidos:		Parentesco:	
Lugar de Trabajo:		Teléfono:		Número de DUI:	
Profesión u oficio:		Dirección:			

8. ENFERMEDADES O ALERGIAS QUE PADECE

--

9. MEDICAMENTO PRESCRITO DE CARÁCTER PERMANENTE

Firma del Estudiante	Nombre y firma de la persona que lo registró
F: _____	F: _____
Declaro que los datos contenidos en el presente formulario son expresión fiel de la verdad	
Fecha en que fue registrada esta ficha: (dd/mm/aaaa)	
¿Confrontó nombres de la partida de nacimiento y el certificado?	
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

Todos los campos son estrictamente obligatorios para información del SIGES