



## FORMATO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PARA LA INSTITUCIÓN

Yo \_\_\_\_\_ en calidad de Padre de familia, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ del grado \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ tiene antecedente psicológico, psiquiátrico o trastornos especiales de aprendizaje, diagnosticado por el profesional idóneo.

**NOTA:** La anterior información, es requerida con el fin de determinar, qué niños(as), o adolescentes deban hacer parte de las políticas de inclusión, establecidas por el Ministerio de Educación Nacional, según el Decreto 1421 del 29 de agosto de 2017, actualizado: 15 de febrero de 2019 y la Ley 2216 de junio 23 de 2022 y de esta manera aportar a la filosofía de nuestra Institución Educativa y facilitar los procesos formativos tanto académicos, como de convivencia, con la población estudiantil que lo requiera.

**IMPORTANTE:** Si su respuesta fue afirmativa y usted dispone que la Institución “conozca y atienda” a través de psicología, el caso particular de su hijo (a), favor entregar a la psicología del plantel, los exámenes idóneos emitidos por el profesional, en el mes de febrero del año 2024.

Si usted no está de acuerdo que su hijo(a) sea atendido (a) por la psicólogo(a) de nuestra Institución educativa; deberá traer constancia de que está siendo tratado(a) por el especialista de su confianza, y hacernos llegar las orientaciones y recomendaciones sujetas al tratamiento que reciba, para tenerlas en cuenta en los procesos académicos de convivencia y disciplina.

\_\_\_\_\_  
Firma Padre de familia  
C.C.No.