**Formato guía para la elaboración del Plan Individual de Ajustes Razonables**

**PIAR**

| **ANEXO 1**  **Información General del Estudiante** | | |
| --- | --- | --- |
| Nombre de la institución educativa a la que se matricula: Nombre del colegio actual | | |
| Medio que usará el estudiante para transportarse a la institución educativa: Ruta escolar, transporte privado, caminar, etc. | | |
| Distancia entre la institución educativa y el hogar del estudiante (tiempo): Horas y minutos. | | |
| Fecha y lugar de diligenciamiento: | DD/MES/AÑO - Ciudad, Departamento | |
| Nombre de la persona que diligencia: | Tu nombre completo | |
| Rol que desempeña en la Institución Educativa (IE): | Directora de grupo; Profesora de área; Orientadora Escolar… Etc. | |
| Nombres del estudiante: | Nombre completo de tu estudiante | |
| Lugar de nacimiento: Ciudad | Edad: Años y meses exactos | Fecha de nacimiento: DD/MES/AÑO |
| Tipo: TI \_\_ CC \_\_ RC \_\_ Otro: ¿cuál? | Nº de identificación[[1]](#footnote-0): XXXXXX | |
| Dirección de vivienda: La dirección de tu estudiante con barrio, ciudad y departamento. | | |
| ¿Está en centro de protección? Sí \_\_\_ No \_\_ ¿En dónde? | Grado al que aspira ingresar: Escribe el grado en el que está matriculado. | |
| ¿Se reconoce o pertenece a un grupo étnico? ¿Cuál? Sí \_\_\_ No \_\_ | | |
| ¿Se reconoce como víctima del conflicto armado? Si \_\_ No \_\_  ¿Cuenta con el respectivo registro? Sí \_\_\_ No \_\_\_ No aplica \_\_ | | |

| **ANEXO 1**  **Información General Salud** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Afiliación al sistema de salud: Si \_\_ No\_\_\_. ¿Cuál? | | | | | | |
| Lugar en donde le atienden en caso de emergencia: Clínica, hospital, dirección exacta. | | | | | | |
| ¿El estudiante tiene diagnóstico médico? Si \_\_ No\_\_. ¿Cuál? | | | | | | |
| ¿Cuál es la discapacidad acorde al SIMAT[[2]](#footnote-1)? Diagnóstico completo como aparece en el certificado y en la guía de orientación. | | | | | | |
| ¿El estudiante está siendo atendido por el sector salud? Si \_\_ No\_\_. | | | | | | |
| ¿El niño está asistiendo a terapias? ¿Cuáles?  Días, terapias, profesionales y números de contacto completos.  Se descriptivo y detallado al momento de diligenciar esta información para conocer las personas externas involucradas, así como la frecuencia. | | | | | | |
| ¿Actualmente recibe tratamiento médico por alguna enfermedad en particular? Sí \_\_ No \_\_.  ¿Cuál? | | | | | | |
| ¿Consume medicamentos? Sí \_\_ No \_\_. Frecuencia y horario (dosis): Se descriptivo y detallado al momento de diligenciar esta información. | | | | | | |
| ¿El estudiante utiliza o debería utilizar elementos de apoyo para favorecer su movilidad, comunicación e independencia?  Sí \_\_No \_\_ ¿Cuáles?  Ejemplos: Sillas de ruedas, bastones, tableros de comunicación, audífonos etc. | | | | | | |

| **ANEXO 1**  **Información General Familiar** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la madre: Nombre completo así no esté presente en la crianza. | | | | | | | Nombre del padre: Nombre completo así no esté presente en la crianza. | | | | | Nombre del cuidador principal en casa: Nombre completo | | | | | | |
| Ocupación de la madre: | | | | | | | Ocupación del padre: | | | | | Ocupación del cuidador: | | | | | | |
| Nivel educativo alcanzado por la madre: | | | | | | | Nivel educativo alcanzado por el padre: | | | | | Nivel educativo alcanzado por el cuidador | | | | | | |
| Teléfono: | | | | | | | Teléfono: | | | | | Teléfono: | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | Correo electrónico: | | | | | Correo electrónico: | | | | | | |
| Personas con quien vive: Sea descriptivo en está información.  Nº de hermanos:  Lugar que ocupa entre los hermanos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| **ANEXO 1**  **Información General Escolar** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿El estudiante ha estado vinculado a otra institución educativa? Sí \_\_ No \_\_. ¿Cuáles? | | | | | | |
| Último grado cursado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Aprobó? Sí \_\_ No \_\_. | | | | | | |
| ¿Se recibe informe pedagógico o PIAR de la institución educativa precedente? Sí \_\_ No \_\_. | | | | | | |
| Observaciones: Si la respuesta es no, explicación de la familia de por qué no se hizo. | | | | | | |

**Alexandra Parra**

Neuropsicóloga y Pedagoga

1. Si el estudiante no tiene registro civil o tarjeta de identidad se debe indicar a la familia la obligación del trámite en la Registraduría. [↑](#footnote-ref-0)
2. Consulta las [Orientaciones para el reporte de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en el Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT) para responder esta pregunta](https://colombiaaprende.edu.co/sites/default/files/files_public/2020-12/Documento%20SIMAT%20accesible.pdf). [↑](#footnote-ref-1)