

SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR

CURSO _____

| 1. DATOS DEL CENTRO ESCOLAR DONDE EL ALUMNO CURSARÁ LOS ESTUDIOS | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------|-------------------|--|--|-------------|--|--|---|-------------------|--|--|--|
| NOMBRE DEL CENTRO: | | | | | | | | | | CÓDIGO DEL CENTRO | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 2. DATOS DEL ALUMNO/A (sólo rellenar si ha cambiado) | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMER APELLIDO: | | | | | SEGUNDO APELLIDO: | | | | | | | | |
| NOMBRE: | | | | | DNI: | | | | SEXO: MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> | | | | |
| DOMICILIO: | | | | | | | | | | CÓDIGO POSTAL: | | | |
| PROVINCIA: | | | | | LOCALIDAD: | | | | | | | | |
| 2.1. DATOS DEL CURSO ESCOLAR PARA LOS QUE SOLICITA LA PLAZA: | | | | | | | | | | | | | |
| ETAPA | | | | | CURSO | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1º CICLO EDUCACIÓN INFANTIL | | | | | <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2º CICLO EDUCACIÓN INFANTIL | | | | | <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN PRIMARIA | | | | | <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/> 6º | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> E.S.O. | | | | | <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º | | | | | | | | |
| 2.2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO: | | | | | | | | | | | | | |
| DIETA ESPECIAL: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ. ESPECIFICAR TIPO DE DIETA: IMPORTANTE: Deberá adjuntar <u>certificado médico</u> emitido por el especialista que lo acredite. | | | | | TIPO DE SERVICIO: <input type="checkbox"/> HABITUAL: asistirá todos los días lectivos <input type="checkbox"/> HABITUAL DISCONTINUO: deberá tener una asistencia mínima mensual del 50% de los días en que se preste servicio de comedor. Deberá presentar el CALENDARIO DE ASISTENCIAS antes del día 1 de cada mes. <input type="checkbox"/> ESPORÁDICO FECHA COMIENZO DE ASISTENCIA: / / | | | | | | | | |
| 3. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE 1 (PADRE/MADRE/TUTOR/OTROS) (sólo rellenar si ha cambiado) | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMER APELLIDO: | | | SEGUNDO APELLIDO: | | | NOMBRE: | | | | | | | |
| DNI/NIF: | | | PARENTESCO: | | | TELÉFONOS: | | | | EMAIL: | | | |
| 4. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE 2 (PADRE/MADRE/TUTOR/OTROS) (sólo rellenar si ha cambiado) | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMER APELLIDO: | | | SEGUNDO APELLIDO: | | | NOMBRE: | | | | | | | |
| DNI/NIF: | | | PARENTESCO: | | | TELÉFONOS: | | | | EMAIL: | | | |
| 5. AUTORIZO QUE LOS RECIBOS DEL COMEDOR SEAN CARGADOS EN LA SIGUIENTE CUENTA: | | | | | | | | | | | | | |
| DNI/NIE: | | NOMBRE: | | | | APELLIDO 1: | | | | APELLIDO 2: | | | |
| Nº CUENTA (IBAN): | | | | | | | | | | | | | |

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmas de los solicitantes que figuran en los apartados 3 y 4

* El/la firmante declara bajo su responsabilidad que los datos consignados en la solicitud son ciertos.

* El/la firmante autoriza a los cuidadores del servicio a que en caso de necesidad a avisar a los servicios de emergencia del 112.

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Centros e Infraestructuras, con la finalidad de tramitar su solicitud de ayuda de comedor escolar. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el Portal de Educación: <http://www.educa.jcyl.es/familias/es/servicios/comedores-escolares> así como en la Aplicación de Comedores Escolares y en sede electrónica: <https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionElectronica/es/Plantilla100Detalle/1251181053840/Ayuda012/1209383392824/Propuesta>

SR/SRA. DIRECTOR/A DEL CENTRO: _____ **PROVINCIA:** _____