

SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR
CURSO 24-25

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 _____

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/Ayuda012/1209363392824/Propuesta>

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