

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 ☐ HOMBRE ☐														
DOMICILIO:															CÓDIGO POSTAL:																			
PROVINCIA:												LOCALIDAD:																						
2.1. DATOS DEL CURSO ESCOLAR PARA LOS QUE SOLICITA LA PLAZA:																																		
ETAPA												CURSO																						
☐ 1º CICLO EDUCACIÓN INFANTIL												☐ 2º ☐ 3º																						
☐ 2º CICLO EDUCACIÓN INFANTIL												☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º																						
☐ EDUCACIÓN PRIMARIA												☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐ 6º																						
☐ E.S.O.												☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º																						
2.2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:																																		
DIETA ESPECIAL: ☐ NO ☐ SÍ. ESPECIFICAR TIPO DE DIETA: IMPORTANTE: Deberá adjuntar <u>certificado médico</u> emitido por el especialista que lo acredite.												TIPO DE SERVICIO: ☐ HABITUAL: asistirá todos los días lectivos ☐ 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. ☐ 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:** _____