

SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR CURSO 2024/2025

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 20____

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:** _____