

SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR

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								
☐ 2ºCICLO 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:					
NºCUENTA (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.

Una imputación autoriza a los titulares del servicio a que en caso de necesidad, a través de 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.educacyl.es/familias/es/servicios/comedores-escolares> así como en la Aplicación de Comedores Escolares y en sede electrónica: <https://www.tramitacastillavleon.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionElectronica/es/Plantilla100Detalle/1251181053840/Avuda012/1209383392824/Propuesta>

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