

**SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR
CURSO 2023/2024**

1. DATOS DEL CENTRO ESCOLAR DONDE EL ALUMNO CURSARÁ LOS ESTUDIOS

NOMBRE DEL CENTRO: **CEIP RIBERA DEL VENA**

CÓDIGO DEL CENTRO

0	9	0	1	2	0	4	7
---	---	---	---	---	---	---	---

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:

<p>DIETA ESPECIAL:</p> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ. ESPECIFICAR TIPO DE DIETA:	<p>TIPO DE SERVICIO:</p> <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
<p>IMPORTANTE: Deberá adjuntar certificado médico emitido por el especialista que lo acredite.</p>	<p>FECHA COMIENZO DE ASISTENCIA: / /</p>

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: _____ CEIP RIBERA DEL VENA _____ PROVINCIA: BURGOS _____

Código APA: nº 1067 Modelo nº 692