



| 1. DATOS DEL CENTRO ESCOLAR DONDE EL ALUMNO/A CURSARÁ LOS ESTUDIOS. |  |  |                     |                   |   |   |
|---|--|--|---------------------|-------------------|---|---|
| NOMBRE DEL CENTRO<br>CEIP RIEBRA DEL VENA                           |  |  |                     | CÓDIGO DEL CENTRO |   |   |
|   |  |  |                     | 0                 | 9 | 0 |
|   |  |  |                     | 1                 | 2 | 0 |
|   |  |  |                     | 4                 | 7 |   |
| PROVINCIA<br>BURGOS   |  |  | LOCALIDAD<br>BURGOS |                   |   |   |

| 2. DATOS DEL ALUMNO/A. |  |                 |                  |                  |
|------------------------|--|-----------------|------------------|------------------|
| NOMBRE                 |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |                  |
| DNI/NIF                | SEXO:<br><input type="checkbox"/> VARÓN <input type="checkbox"/> MUJER | TELÉFONOS       | NACIONALIDAD     | FECHA NACIMIENTO |
| DOMICILIO              |  | CÓDIGO POSTAL   | PROVINCIA        | LOCALIDAD        |

| 2.1. DATOS DEL PRÓXIMO CURSO ESCOLAR: |  |
|---------------------------------------|--|
| ETAPA:                                | <input type="checkbox"/> 1º CICLO EDUCACIÓN INFANTIL<br><input type="checkbox"/> 2º CICLO EDUCACIÓN INFANTIL<br><input type="checkbox"/> EDUCACIÓN PRIMARIA<br><input type="checkbox"/> E.S.O. |
| CURSO:                                |  |

| 2.2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:  |  |
|--|--|
| <b>DIETA ESPECIAL:</b><br><input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SÍ. ESPECIFICAR TIPO DE DIETA: _____<br>.....<br>IMPORTANTE: Deberá adjuntar certificado médico emitido por el especialista que lo acredite. | <b>TIPO DE HABITUALIDAD:</b><br><input type="checkbox"/> HABITUAL: asistirá todos los días lectivos<br><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.<br><b>FECHA COMIENZO DE ASISTENCIA:</b> /    / |

| 3. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR.  |  |
|--|--|
| (Imprescindible cumplimentar los dos solicitantes o marcar la casilla de monoparental si sólo hay un solicitante). |  |

| 3.1. DATOS PERSONALES DE LOS SOLICITANTES  |        |                 |                  |         |                                   |                                   |                                     |  |
|--|--------|-----------------|------------------|---------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
|  | NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | DNI/NIE | Parentesco con el alumno          |                                   | CORREO -E                           |  |
| 1º   |        |                 |                  |         | Padre<br><input type="checkbox"/> | Madre<br><input type="checkbox"/> | Tutor/a<br><input type="checkbox"/> |  |
| 2º   |        |                 |                  |         | Padre<br><input type="checkbox"/> | Madre<br><input type="checkbox"/> | Tutor/a<br><input type="checkbox"/> |  |
| <input type="checkbox"/> <b>FAMILIA MONOPARENTAL</b> (un único responsable familiar, ya sea por razón de reconocimiento legal por un solo progenitor, por viudedad, por divorcio o por abandono), y lo acredita mediante la presentación de la siguiente documentación:<br><input type="checkbox"/> Copia del Libro de Familia <input type="checkbox"/> Otros (indicar): _____ |        |                 |                  |         |                                   |                                   |                                     |  |

| 4. DATOS ECONÓMICOS Referidos al periodo impositivo 2024 (que es el plazo de presentación vencido inmediatamente anterior a la presentación de solicitud).  |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>No autorizan</b> a la Dirección General de Centros e Infraestructuras para recabar de la Agencia Estatal de Administración Tributaria los datos fiscales que posea relativos a los ingresos de la unidad familiar.<br><b>TOTAL INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR DEL EJERCICIO 2024:</b> _____, ____ €<br>(Rellenar sólo en caso de no autorizar el cruce con Hacienda o de no haber presentado declaración de IRPF) |  |

| 5. CIRCUNSTANCIAS SOCIO-FAMILIARES. <u>Marcar si declara alguna de las siguientes condiciones:</u>  |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>ALUMNO CON DISCAPACIDAD.</b><br><input type="checkbox"/> <b>No autorizan</b> a la Dirección General de Centros e Infraestructuras para la obtención de datos de los alumnos relativos a la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad expedida en Castilla y León, o la tarjeta está expedida en otra Comunidad Autónoma, y aportan copia de la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad, certificado o resolución sobre reconocimiento de grado de discapacidad.   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>FAMILIA NUMEROSA.</b><br><b>Nº de título:</b> ____/____/____ <b>Válido hasta:</b> ____/____/____ <b>CATEGORÍA:</b> <input type="checkbox"/> GENERAL <input type="checkbox"/> ESPECIAL<br><input type="checkbox"/> <b>No autorizan</b> a la Dirección General de Centros e Infraestructuras para la obtención de datos relativos al título de familia numerosa reconocido y expedido en Castilla y León o el título está expedido en otra Comunidad Autónoma, y aportan copia del título de familia numerosa en vigor. |  |

| OTRAS SITUACIONES:   |  |
|--|--|
| SITUACIÓN  | DOCUMENTACIÓN QUE APORTA   |
| <input type="checkbox"/> ALUMNO EN RÉGIMEN DE ACOGIMIENTO FAMILIAR O RESIDENCIAL | <input type="checkbox"/> Copia de la Resolución de Acogimiento.  |
| <input type="checkbox"/> SOLICITANTE DE CONDICIONES ESPECIALES DE GÉNERO         | <input type="checkbox"/> Copia de la orden de protección a favor de la víctima o del informe del Ministerio Fiscal o certificado de los Servicios Sociales o Sanitarios de la Admón. Autónoma o local.           |
| <input type="checkbox"/> ALUMNO VÍCTIMA DE TERRORISMO                            | <input type="checkbox"/> Copia del informe del Ministerio del Interior o de la resolución de reconocimiento por la Administración General del Estado o de sentencia judicial firme en que se hubiese reconocido. |
| <input type="checkbox"/> SITUACIÓN CARENCIAL ESPECÍFICA                          | <input type="checkbox"/> Informe acreditativo de los Servicios Sociales.   |

### 6. AUTORIZO QUE LOS RECIBOS DEL COMEDOR SEAN CARGADOS EN LA SIGUIENTE CUENTA:

|                       |         |             |             |
|-----------------------|---------|-------------|-------------|
| DNI/NIE:              | NOMBRE: | APELLIDO 1: | APELLIDO 2: |
| Nº CUENTA (CÓD IBAN): |         |             |             |

### 7. LA SITUACIÓN HA SIDO REVISADA POR EL CONSEJO ESCOLAR DEL CENTRO.

A cumplimentar por el Consejo Escolar si no autorizan cruce con Hacienda o presentan documentación complementaria:

TOTAL INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR DEL EJERCICIO 2024: \_\_\_\_\_, \_\_ €

Y la documentación entregada es:  CORRECTA  INCORRECTA Fecha de la revisión: \_\_\_\_\_

Los abajo firmantes, cuyos datos han quedado consignados, SOLICITAN la ayuda de comedor escolar para el alumno indicado y DECLARAN BAJO SU RESPONSABILIDAD:

- Que aceptan las bases de la convocatoria para la que solicitan la ayuda.
- Que quedan enterados de que la inexactitud de las circunstancias declaradas podrá dar lugar a la denegación de la ayuda.
- Que tienen conocimiento de que, en caso de obtener otra beca o ayuda para el comedor escolar, deberá comunicarlo a la Administración Educativa.
- Que, en el caso de serle reconocido el derecho a la gratuidad parcial del servicio de comedor, manifiesta su compromiso de pagar la diferencia hasta la totalidad del precio establecido del menú en la cuenta arriba consignada.
- Que se comprometen a la asistencia habitual al comedor escolar.
- Que quedan enterados de que esta solicitud de ayuda de comedor lleva implícita la solicitud de plaza de comedor escolar, por lo que se comprometen a asistir al mismo desde la fecha de comienzo de asistencia indicada, y a cancelar la asistencia de acuerdo con las normas reguladoras del servicio público del comedor escolar. En caso de renuncia a la plaza de comedor deberán presentar la *solicitud de baja de plaza de comedor* en su centro educativo conforme al Anexo correspondiente.

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>

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026

Firmas (todos los solicitantes que aparecen en el punto 3.1)

ILMO. DIRECTOR/A PROVINCIAL DE EDUCACIÓN DE BURGOS

### INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE SU SOLICITUD:

LA DESCARGA Y PRESENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD TAMBIÉN SE PUEDE REALIZAR A TRAVÉS DE INTERNET:

<https://comedoresescolares.jcyl.es>

- SI YA ESTÁ REGISTRADO: introduzca usuario y contraseña, seleccione *GENERAR NUEVA SOLICITUD DE AYUDAS CURSO 2026/2027*
- SI AÚN NO ESTÁ REGISTRADO puede hacerlo llamando al teléfono de información al ciudadano 012 (983 327 850), le proporcionarán un número de solicitud y código de verificación e introdúzcalo en la Aplicación.

X

RESGUARDO DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE AYUDAS DE COMEDOR ESCOLAR CURSO 2026/2027

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO/A.....  
DOMICILIO .....  
CENTRO DONDE SE PRESENTA LA SOLICITUD.....

(fecha y sello del centro)

(ESTE RESGUARDO NO ES VÁLIDO SIN EL SELLO Y FECHA DEL CENTRO RECEPTOR)