



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