

Solicitud de inscripción en los servicios de aula matinal, comedor y actividades extraescolares

1 Datos personales del alumno o de la alumna.											
Primer Apellido						Segundo Apellido					
Nombre						N.I.F.		Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)			
Domicilio						Número		Escalera		Piso Letra	
Localidad				C. Postal		Provincia		Teléfono			

2 Datos del Centro Docente donde estará inscrito en el curso 20__ / __											
Centro: _____								Código: _____			
Domicilio: _____						Localidad: _____ (_____)					
Curso: _____						Nivel: _____					

3 Datos familiares (Completar para cada miembro de la unidad familiar, excepto el alumno o alumna del apartado anterior)				
Parentesco:	Fecha Nac.	N.I.F.	Apellidos, Nombre	(1)
Padre				
Madre				

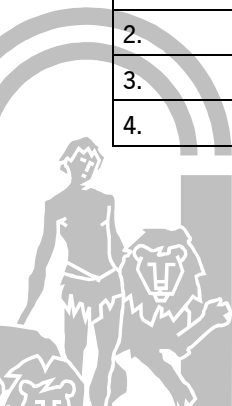
(1) Marcar con una X en el caso de estar afectado por minusvalía, legalmente calificada, de grado igual o superior al 33%.
 NOTA: Si necesita más espacio para familiares, completar el cuadro en el reverso de la solicitud con los mismos datos requeridos.

4 Ingresos familiares.											
Ingresos obtenidos por la unidad familiar en el ejercicio 20__ : _____ , _____ euros											

5 Aula Matinal.											
Marcar la opción deseada: Mes completo <input type="checkbox"/> Días aislados: Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/>											
Meses de uso del servicio: Sept. <input type="checkbox"/> Oct. <input type="checkbox"/> Nov. <input type="checkbox"/> Dic. <input type="checkbox"/> Ene. <input type="checkbox"/> Feb. <input type="checkbox"/> Mar. <input type="checkbox"/> Abr. <input type="checkbox"/> May. <input type="checkbox"/> Jun. <input type="checkbox"/>											

6 Comedor.											
Marcar la opción deseada: Todos los días <input type="checkbox"/> Días aislados: Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/>											
Meses de uso del servicio: Sept. <input type="checkbox"/> Oct. <input type="checkbox"/> Nov. <input type="checkbox"/> Dic. <input type="checkbox"/> Ene. <input type="checkbox"/> Feb. <input type="checkbox"/> Mar. <input type="checkbox"/> Abr. <input type="checkbox"/> May. <input type="checkbox"/> Jun. <input type="checkbox"/>											

7 Actividades extraescolares.											
Indicar por orden de preferencia las actividades extraescolares en las que desea participar de las ofertadas por el centro y publicadas en el tablón de anuncios del mismo:											
1. _____											
2. _____											
3. _____											
4. _____											



8 Características familiares del solicitante.	
<input type="checkbox"/> Alumnado que utiliza el transporte en una ruta establecida por la Delegación Provincial.	<input type="checkbox"/> Total días de comedor para la atención en el transporte escolar
<input type="checkbox"/> Situación social extrema.	<input type="checkbox"/> Otros días de comedor con bonificación según renta.
<input type="checkbox"/> Hijo o hija de mujer atendida en Centros de Acogida	
<input type="checkbox"/> Familia con trabajo de temporada o itinerante.	<input type="checkbox"/> Total días de trabajo de temporada o itinerante.
	<input type="checkbox"/> Otros días de comedor con bonificación según renta.
<input type="checkbox"/> Los progenitores realizan trabajos remunerados en el horario del almuerzo.	<input type="checkbox"/> Total días de comedor.

Nota: Los cuadros sombreados son a cumplimentar por la Administración educativa.

9 Firma de todos los miembros computables de la familia mayores de 16 años.		
Los abajo firmantes declaran bajo su responsabilidad que todos los datos incorporados a la presente solicitud son ciertos, autorizando a la Consejería de Educación para obtener los datos necesarios para determinar la renta y patrimonio familiar, a efectos de cálculo de bonificaciones, a través de la Agencia Estatal de Administración Tributaria mediante la transmisión por medios telemáticos.		
Nombre y apellidos	NIF	Firma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

10 FIRMA DE LA SOLICITUD
D./Dña. _____, con D.N.I. _____ como representante legal del solicitante, SOLICITA la inscripción de éste en los servicios que se detallan para el curso escolar 20__/__. En _____, a _____ de _____ de 20__
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL SOLICITANTE
Fdo: _____
SR./SRA. DIRECTOR O DIRECTORA DEL CENTRO _____

Nota: En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Educación le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de esta solicitud y demás documentos que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tramitación de dichos datos tienen como finalidad la realización de notificaciones, traslado de información, etc. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Secretaría General Técnica de la Consejería de Educación.