

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------|--------------------|--|--|--|----------------------------|--|---|-------------------------------|--|-------------------------------|--|-------------------------------|--|
| 1. DATOS DEL CENTRO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre. ESCUELA HOGAR Nª Sª DEL CAMPANARIO | | | | | | | | CÓDIGO DE CENTRO: 42000310 | | | | | | | | |
| 2. DATOS DEL ALUMNO/A | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE: | | | | APELLIDO 1: | | | | APELLIDO 2: | | | | | | | | |
| SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER | | | | LOCALIDAD: (SORIA) | | | | | | | | | | | | |
| TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí, ruta..... | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTUDIOS QUE CURSA EL/LA ALUMNO/A: | | ETAPA | | | CURSO | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Infantil | | | <input type="checkbox"/> 1ºEI (3 años) | | <input type="checkbox"/> 2ºEI (4 años) | | <input type="checkbox"/> 3ºEI (5 años) | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Primaria | | | <input type="checkbox"/> 1ºEP | | <input type="checkbox"/> 2ºEP | | <input type="checkbox"/> 3ºEP | | <input type="checkbox"/> 4ºEP | | <input type="checkbox"/> 5ºEP | | <input type="checkbox"/> 6ºEP | |
| 3. CARACTERÍSTICAS ESPECIFICAS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIETA ESPECIAL O ALERGIAS: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí, halal. <input type="checkbox"/> SÍ. ESPECIFICAR TIPO DE DIETA Y/O ALERGIAS ALIMENTARIAS: IMPORTANTE: Deberá adjuntar certificado médico que lo acredite emitido por el especialista. <input type="checkbox"/> El informe médico no ha cambiado respecto al curso anterior | | | | | | TIPO DE HABITUALIDAD: <input type="checkbox"/> HABITUAL: más del 50% de los días del mes <input type="checkbox"/> ESPORÁDICO: menos del 50% de los días del mes <input type="checkbox"/> HABITUAL MENOS LOS DÍAS..... <input type="checkbox"/> SOLO SEPTIEMBRE Y JUNIO FECHA DE COMIENZO DE ASISTENCIA: / / 202.. FECHA DE FIN DE ASISTENCIA: / / 202..... (no rellenar si es hasta final de curso) | | | | | | | | | | |
| DATOS IGUALES A LOS DE LA MATRÍCULA DEL COMEDOR DEL CURSO 2023/24: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DATOS BANCARIOS <input type="checkbox"/> TELÉFONOS DE CONTACTO <input type="checkbox"/> PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGIDA DEL ALUMNO/A | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE (MADRE, PADRE, otros) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APELLIDO 1: | | | | APELLIDO 2: | | | | NOMBRE: | | | | | | | | |
| MADRE / PADRE / TUTOR LEGAL / otros..... | | | | DNI/NIF: | | | | TELÉFONOS DE CONTACTO: | | | | | | | | |
| 5. AUTORIZO QUE LOS RECIBOS DEL COMEDOR SEAN CARGADOS EN LA SIGUIENTE CUENTA: (no rellenar nombre DNI, nombre y apellidos si coinciden con los del solicitante) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DNI/NIF: | | | NOMBRE: | | | APELLIDO 1: | | | APELLIDO 2: | | | | | | | |
| E | S | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | | | | |

En caso de ser beneficiario de ayuda 100% también debe proporcionar un número de cuenta válido. No se cargarán los recibos mientras mantenga la condición de becado 100%.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante que figura en el apartado 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, Planificación y Ordenación Educativa 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.jcy.es/familias/es/servicios/comedores-escolares> así como en la Aplicación de Comedores Escolares y en sede electrónica: <https://www.tramitacastillayleon.jcy.es/web/jcy/AdministracionElectronica/es/Plantilla100Detalle/1251181053840/Ayuda012/1209383392824/Propuesta>



1. AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA

Comedor Escolar. Alumnado EI, 1º, 2º, 3ºEP

D. / D^a. _____

con D.N.I. nº _____ como: padre madre tutor tutora

del alumno/a _____

del curso/clase _____ de: Educación Infantil Educación Primaria

AUTORIZO a las siguientes personas para recoger a mi hijo/a a la salida del comedor escolar:

Nombre y Apellidos: _____ Parentesco: _____ DNI/otro: _____ Tlf.: _____

Nombre y Apellidos: _____ Parentesco: _____ DNI/otro: _____ Tlf.: _____

Nombre y Apellidos: _____ Parentesco: _____ DNI/otro: _____ Tlf.: _____

Nombre y Apellidos: _____ Parentesco: _____ DNI/otro: _____ Tlf.: _____

Almazán, a _____ de _____ de 20____

Firma

Fdo.: El padre, madre o tutor/a legal