Junta de Castilla y León
Consejería de Educación

# SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR PARA COMENSALES HABITUALES
# CURSO 2022/2023

## 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 ☐ HOMBRE ☐ |
| DOMICILIO: | | CÓDIGO POSTAL: |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: | |

## 2.1. DATOS DEL CURSO ESCOLAR PARA LOS QUE SOLICITA LA PLAZA:

| ETAPA | CURSO |
|---|---|
| ☐ 1º CICLO EDUCACIÓN INFANTIL | ☐ 3º |
| ☐ 2ºCICLO EDUCACIÓN INFANTIL | ☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º |
| ☐ EDUCACIÓN PRIMARIA | ☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐ 6º |
| ☐ E.S O. | ☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º |

## 2.2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

***DIETA ESPECIAL:***

☐ **NO**

☐ **SÍ.** ESPECIFICAR TIPO DE DIETA:

.....

***IMPORTANTE*: Deberá adjuntar certificado médico emitido por el especialista que lo acredite.**

***TIPO DE SERVICIO:***

☐ **HABITUAL: asistirá todos los días lectivos**

☐ **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.**

☐ **ESPORÁDICO**

**FECHA COMIENZO DE ASISTENCIA:** / /

## 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: |
|---|---|---|---|
| **NºCUENTA (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, 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.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:** _____

Código IAPA: nº 1067 Modelo nº 692