

1. DATOS DEL CENTRO ESCOLAR DONDE EL ALUMNO/A CURSARÁ LOS ESTUDIOS

NOMBRE DEL CENTRO: C.E.I.P. VICENTE ALEIXANDRE CÓDIGO DEL CENTRO: 47006107

2. DATOS DEL ALUMNO/A

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	
NOMBRE:	DNI/NIF:	SEXO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
DOMICILIO:	CÓDIGO POSTAL:	
PROVINCIA:	LOCALIDAD:	

2.1. ESTUDIOS PARA LOS QUE SOLICITA LA PLAZA

ETAPA: <input type="checkbox"/> 1º CICLO EDUCACIÓN INFANTIL <input type="checkbox"/> 2º CICLO EDUCACIÓN INFANTIL <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN PRIMARIA <input type="checkbox"/> E.S.O.	CURSO: <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <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"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º
---	---

2.2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

DIETA ESPECIAL: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ. ESPECIFICAR TIPO DE DIETA: IMPORTANTE: Deberá adjuntar certificado médico que lo acredite emitido por el especialista.	TIPO DE SERVICIO: <input type="checkbox"/> HABITUAL: 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. FECHA DE COMIENZO DE ASISTENCIA: / / 20.....
--	---

3. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE 1 (PADRE/MADRE/TUTOR/OTROS)

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:	
DNI/NIF:	PARENTESCO:	TELÉFONOS:	EMAIL:

4. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE 2 (PADRE/MADRE/TUTOR/OTROS)

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:
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 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/A. DIRECTOR/A DEL CENTRO: VICENTE ALEIXANDRE

PROVINCIA: VALLADOLID

LA CONFIRMACIÓN DE ESTA SOLICITUD DE PLAZA DE COMEDOR TAMBIÉN SE PUEDE REALIZAR A TRAVÉS DE INTERNET
ENTRE en <https://comedoresescolares.jcyl.es>

- SI YA ESTÁ REGISTRADO: introduzca su usuario y contraseña y seleccione CONFIRMAR SOLICITUD DE PLAZA DE COMEDOR CURSO 2023-2024

- SI AÚN NO ESTÁ REGISTRADO puede hacerlo llamando al teléfono de información al ciudadano 012 e introduciendo en la aplicación el número de solicitud y código de verificación que le proporcionarán