

**ES OBLIGATORIO CUMPLIMENTAR LA TOTALIDAD DE LOS CAMPOS EN MAYÚSCULAS Y CON LETRA CLARA.**  
**SE HA DE CUMPLIMENTAR UNA SOLICITUD COMPLETA POR ALUMNO/HERMANO**

1. DATOS DEL ALUMNO/A		INSCRIPCIÓN COMO ALUMNO HABITUAL	
APELLIDOS:		NOMBRE:	
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NACIONALIDAD:	
ESCOLARIZACIÓN: Datos referidos a la fecha de presentación de la solicitud			
Segundo ciclo de Educación Infantil: <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º			
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			
		COLEGIO: _____	
Marcar si es alumno/a de NUEVA INSCRIPCIÓN: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
En caso de alumno/a de renovación de plaza, marcar si se ha producido alguna variación en los datos personales: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
2. DATOS DEL SOLICITANTE 1 (PADRE, MADRE/TUTOR/OTROS)			
APELLIDOS:		NOMBRE:	
DNI/NIE/PASAPORTE:		PARENTESCO:	
TELÉFONOS:		CORREO ELECTRÓNICO:	
PROVINCIA:			
DOMICILIO:			
MUNICIPIO:		C.P.:	
3. DATOS DEL SOLICITANTE 2 (PADRE, MADRE/TUTOR/OTROS)			
APELLIDOS:		NOMBRE:	
DNI/NIE/PASAPORTE:		PARENTESCO:	
TELÉFONOS:		CORREO ELECTRÓNICO:	
PROVINCIA:			
DOMICILIO: Mismo domicilio y municipio <input type="checkbox"/>			
MUNICIPIO:		C.P.:	
4. MES DE COMIENZO DE ASISTENCIA			
Madrugadores: <input type="checkbox"/> FECHA PREVISTA DE COMIENZO DE ASISTENCIA: ..... / ..... / 20.....			
Tardes en el Cole: <input type="checkbox"/> FECHA PREVISTA DE COMIENZO DE ASISTENCIA: ..... / ..... / 20.....			
5. HORARIO SOLICITADO			
Madrugadores y Tardes en el Cole, se podrán compatibilizar exclusivamente en los meses de junio y septiembre. La solicitud de los dos programas fuera de estos dos meses será causa de exclusión en ambos, salvo causas excepcionales.			
Madrugadores Inicio desde las.....horas			
* El horario solicitado deberá estar comprendido entre la hora de inicio del programa y el inicio de las actividades lectivas			
Tardes en el Cole (RELLENAR SOLO SI EL CENTRO ESCOLAR TIENE AUTORIZADO EL PROGRAMA)			
Meses de junio y septiembre: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO / De octubre a mayo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
DECLARO CON LA PRESENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD LA NECESIDAD DE CONCILIAR LA VIDA FAMILIAR, ESCOLAR Y LABORAL			

El/la/s solicitantes declaran ser ciertos los datos consignados En ....., a ..... de ..... de .....

Firma de uno de los solicitantes que figuran en los apartados 1 y 2

NOMBRE DEL COLEGIO: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

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 plaza. 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/programa-madrugadores>.

ILMO. DIRECTOR/A PROVINCIAL DE EDUCACIÓN DE \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR CURSO 2026/2027

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 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:
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:** \_\_\_\_\_