



Castilla-La Mancha

Nº Procedimiento

120036

Código SIACI

SI4JS

SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR

1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombre
Dieta especial No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		Especifique tipo de dieta y la causa (alergia, intolerancia, etc.)

2. DATOS FAMILIARES: PADRE MADRE TUTOR/A

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombre	
DNI/NIE/Pasaporte	Teléfono	Correo electrónico	
Domicilio	Localidad	Provincia ALBACETE	C. Postal

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la **Secretaría General de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes** con la finalidad de la **gestión y seguimiento del expediente académico de los alumnos de los centros dependientes de la Consejería**. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable, **Bulevar del Río Alberche, s/n 45007** o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@jccm.es

3. DATOS ACADÉMICOS

Curso escolar 2024-2025	Centro docente	Localidad	Provincia ALBACETE
Educación infantil Tres años <input type="checkbox"/> Cuatro años <input type="checkbox"/> Cinco años <input type="checkbox"/>		Educación primaria 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/> 6º <input type="checkbox"/>	

4. SOLICITUD DE PLAZA

Servicio	Uso	Días previstos de asistencia	Fecha de alta
Mediodía <input type="checkbox"/>	Habitual <input type="checkbox"/> No habitual <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	
Aula matinal <input type="checkbox"/>	Habitual <input type="checkbox"/> No habitual <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	

Observaciones

5. DECLARACIÓN RESPONSABLE

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación del solicitante, **DECLARA** ser ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

6. DATOS BANCARIOS A EFECTOS DE DOMICILIACIÓN

Titular de la cuenta (nombre y apellidos)		DNI/NIE		
Autorizo que los recibos del comedor/aula matinal del colegio o empresa adjudicataria sean cargados en esta cuenta:				
IBAN	Entidad	Sucursal	DC	Cuenta
E S				

7. DOCUMENTACIÓN

- Documento acreditativo de titularidad de cuenta corriente (IBAN) en caso de nueva alta o cambio de datos bancarios
- Copia de certificado médico en caso de dieta especial

8. FECHA Y FIRMA

En _____ a _____ de _____ de _____

SR/A. DIRECTOR/A. DEL CENTRO EDUCATIVO