


**SOLICITUD DE PLAZA ESCOLAR
EN ESCUELAS INFANTILES DE TITULARIDAD DEL AYUNTAMIENTO DE ALDEATEJADA
GESTIONADAS POR EL AYUNTAMIENTO DE ALDEATEJADA**

CURSO: 20 ___ /20 ___

DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR	Datos de los solicitantes:									
	1º	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	D.N.I. / N.I.E.	Padre	Madre	Tutor	Casado	Otro
	2º	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	D.N.I. / N.I.E.	Padre	Madre	Tutor	Casado	Otro
		Teléfono fijo	Teléfono móvil	FAX	Correo-e					
	Datos del menor:									
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		D.N.I. / N.I.E.		Nº de miembros de la Unidad Familiar		
Fecha de nacimiento		Localidad de nacimiento		Provincia de nacimiento		País de nacimiento		Nacionalidad		
Domicilio familiar:										
Dirección				Localidad		Provincia		Código Postal		
Domicilio laboral: (en caso de cumplimentarse, éste sustituirá al domicilio familiar a efectos de baremación de proximidad al centro)										
Dirección				Localidad		Provincia		Código Postal		

CIRCUNSTANCIAS	<input type="checkbox"/> Familia numerosa con título de la Comunidad de Castilla y León	General	Especial	Número de título	Validez hasta
	<input type="checkbox"/> Ambos padres o tutores trabajando o con impedimento justificado de atender al niño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> El niño convive sólo con uno de sus padres o tutor que trabaja o tiene impedimento justificado para atenderle.				
	<input type="checkbox"/> Uno o los dos padres o tutores trabajando en la Escuela Infantil para la que se solicita plaza.				
	<input type="checkbox"/> Por la condición de familia mono-parental.				
	<input type="checkbox"/> Niño solicitante de plaza en situación de acogimiento familiar permanente o pre-adoptivo.				
	<input type="checkbox"/> Hermanos que confirman plaza en el centro para el mismo curso que se solicita.				
	<input type="checkbox"/> Niño nacido de parto múltiple.				
	<input type="checkbox"/> Discapacidad igual o superior al 33% del niño o de alguno de sus padres, tutor o hermanos	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	D.N.I. / N.I.E.
	<input type="checkbox"/> Circunstancias socio familiares que ocasionen un grave riesgo para el niño.				
<input type="checkbox"/> Otras circunstancias a considerar para fijar la tarifa mensual.					
Indique la renta de todos los miembros de la unidad familiar de año 2011					
Renta Unidad Familiar Año 2011					

A) PETICIÓN DE CONTINUIDAD EN EL CENTRO
Nombre del centro
Localidad
Provincia
<input type="checkbox"/> Procede de traslado de provincia <input type="checkbox"/> "Pequeños Madrugadores"

B) PETICIÓN DE PLAZA DE NUEVO INGRESO (por orden de preferencia)		
1º Nombre del centro	Localidad	Provincia
2º		
3º		
4º		

AUTORIZACIÓN Y FIRMA	AUTORIZO	Por la presente declaro estar legitimado para aportar los datos en la condición de padre/madre o tutor del menor por el que se realiza la presente solicitud, asegurando la veracidad de la información aportada. Sin perjuicio de ello, autorizo a la dirección del centro y al Ayuntamiento de Aldeatejada para la comprobación de los datos en cuya virtud debe resolverse el procedimiento de admisión (en caso de no autorizarse es necesario presentar impresa la documentación acreditativa) y a que almacene y codifique la información aportada en el presente procedimiento con finalidad de su posterior utilización en otros procedimientos administrativos en el que fueran requeridos, de conformidad con lo establecido en el artículo 6.2b) de la Ley 11/2007, de 22 de Junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos y en los artículos 11.1 y 41.2 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Los datos recogidos como consecuencia de la presente solicitud serán incluidos en un fichero de datos de carácter personal con la finalidad exclusiva de gestionar y mantener la relación derivada de la misma, pudiendo ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la dirección del centro o al ayuntamiento de Aldeatejada C/Pozo, s/n, 37187-Salamanca.
	<input type="checkbox"/> (Marcar con "X")	Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud
DECLARO	En _____, a _____ de _____ de 20 _____	
	Firma de los solicitantes	
	Fdo.: _____ Fdo.: _____	

* Los precios por los servicios de escolaridad y comedor serán los que se recojan en la ordenanza en vigor