

SOLICITUD DE PLAZA DE AULA MATINAL

CURSO 2025/2026

1. DATOS DEL ALUMNO/A

Nombre 1º Apellido 2º Apellido

NIF ☐ NIE ☐ N.º de Documento Fecha de Nacimiento:

Domicilio Población

Provincia Código Postal Teléfono

En caso de padecer alergia o intolerancia a algún alimento o sustancia, indique cual (obligatorio presentar informe médico donde se indique tipo de alergias o intolerancias como se recoge en el punto 5):

2. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (PADRE-MADRE-TUTOR/A)

Nombre 1º Apellido

2º Apellido NIF ☐ NIE ☐ N.º de Documento:

☐ Mujer ☐ Hombre

Domicilio

Localidad Código Postal

Teléfonos Email

El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación.

3. INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable:	Secretaría General de Educación. Cultura y Deportes
Finalidad:	Gestión del servicio de comedores escolares.
Legitimación:	6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de datos; 6.1.e) Misión de interés público o ejercicio de poderes público del Reglamento General de Protección de datos. L.O. 2/2006, de 3 de mayo de Educación/Ley 7/2010, de 20 de julio, de Educación de Castilla La Mancha/ Ley 38/2003...
Origen de los datos	El propio interesado o su representante legal, Administraciones Públicas
Categoría de los datos	Datos de carácter identificativo: NIF/DNI.; nombre y apellidos, dirección, teléfono, firma, firma electrónica, correo electrónico. Datos especialmente protegidos: Religión, creencias, salud. Otros datos identificativos: características personales, circunstancias sociales, académicos y profesionales, económicos, financieros y de seguros, orden judicial, declaración de incapacidad legal.
Destinatarios	No existe cesión de datos
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos. Tal y como se explica en la información adicional.
Información adicional	Disponible en la dirección electrónica: https://rat.castillalamancha.es/info/1027

4. DATOS DEL CURSO PARA EL QUE SE SOLICITA LA PLAZA

Año Académico Centro Docente:
Localidad Provincia
Etapa: Ed. Infantil ☐ Ed. Primaria ☐ Curso:

5. SOLICITUD DE PLAZA (características específicas de la prestación del servicio)

AULA MATINAL

USUARIO HABITUAL ☐

L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐

USUARIO ESPORÁDICO ☐

FECHA DE ALTA:

HORARIO

7:30 ☐

8:15 ☐

7:45 ☐

8:30 ☐

8:00 ☐

8:45 ☐

JUNIO De 13:00 a 14:00h ☐

CAUSAS QUE LO JUSTIFICAN:

☐ Incompatibilidad horaria por motivos laborales de ambos cónyuges

☐ Familia monoparental o monomarental

☐ Circunstancias especiales (especificar causa)

6. ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente:

☐ En el caso de solicitantes menores de edad, el/la progenitor/a firmante declara actuar, en caso de ser legalmente necesario, con el consentimiento de otro progenitor/a.

☐ Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida en este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser consecutivos de un ilícito penal.

Autorizaciones:

Con la presente solicitud y de acuerdo

La persona abajo firmante aporta la siguiente documentación:

☐ Informe médico en caso de alergias o intolerancias alimentarias

SOLICITUD DOMICILIACIÓN AULA MATINAL

TASA SERVICIO AULA MATINAL

20 € mes/ alumno.

Sr. Recaudador:

Ruego, que los recibos referentes al pago de tasas mensuales, correspondientes al servicio del aula matinal de mi hijo/a, sean presentados al cobro en la Entidad que designo, a la que remito copia de esta comunicación para que efectúe los pagos con cargo a mi cuenta.

DATOS DEL ALUMNO/A:					
Apellidos:				Nombre:	
F. Nacimiento		Domicilio Familiar:			
Teléfono Contacto 1:		CEIP		Curso	

TITULAR DE LA CUENTA				D.N.I.
IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	Nº CUENTA

En Argamasilla de alba, a.....de.....de 2025

Fdo:.....