



JUNTO CON ESTA SOLICITUD, DEBE APORTAR:

1. Fotocopia de la Tarjeta del Servicio Aragonés de Salud
2. Fotocopia de la cartilla de vacunas
3. Fotocopia **completa** del libro de familia
4. Fotocopia del libro de familia numerosa, si es el caso
5. Fotocopia **completa** de la declaración de la renta correspondiente al año **2020**. En caso de no estar obligado a hacer la declaración, deberán presentar Certificación negativa de Hacienda. Si no se presenta documentación económica, se aplicará la cuota máxima.

SE ADJUNTA DOCUMENTACIÓN ECONÓMICA

SI NO

Zuera, a _____ de _____ de _____

Firma

Nombre: _____

ESCUELA MUNICIPAL DE EDUCACIÓN INFANTIL DE PRIMER CICLO

C/ Veintitrés de Abril, 20
50800 Zuera (Zaragoza)
Teléfono: 976 69 04 28
esceulainfantillasbalsas@ayunzuera.com

HORARIO DE VISITAS:
Previa petición de cita

**SOLICITUD
CURSO 2021-2022**

DATOS DEL/DE LA NIÑO/A SOLICITANTE

Nombre _____
Apellidos: _____
Dirección: _____
Población: _____
Teléfono domicilio: _____
Fecha de nacimiento: _____
Lugar de nacimiento: _____
Nacionalidad: _____

DATOS DE PADRES, MADRES O TUTORES	PADRE O TUTOR	MADRE O TUTORA
Nombre		
Apellidos		
Fecha de nacimiento		
Teléfono móvil		
Profesión		
Lugar de trabajo		
Teléfono del trabajo		
Horario de mañana		
Horario de tarde		
DNI Nº		
Correo electrónico:		

Información sobre el tratamiento de datos personales:
Los datos personales se obtienen para formar parte de ficheros responsabilidad de Ayuntamiento de la Villa de Zuera, único destinatario de la información pública aportada voluntariamente por usted. Estos ficheros se utilizan para la gestión administrativa de la información o documentación por usted aportada, así como para la realización por parte del Ayuntamiento de la Villa de Zuera de las correspondientes comunicaciones a las partes interesadas lo cual no podrá llevarse a cabo sin los datos personales. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrán ser ejercidos mediante escritos dirigido a Ayuntamiento de la Villa de Zuera, Plaza de España, 3, ayuntamiento@ayunzuera.com. Para la consecución de la finalidad antedicha podrá producirse el tratamiento de cualquier información aportada en el presente documento para lo cual solicitamos que nos autorice a su uso, firmando este documento. No obstante, en cualquier momento usted puede ejercer sus derechos de revocación del consentimiento por cualquier de los medios descritos.

Nº DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR: _____

DATOS BANCARIOS:

TITULAR: _____

CÓDIGO IBAN											

INDICAR LA FECHA EN QUE SE INCORPORARÁ EL/LA NIÑO/A AL CENTRO

Septiembre

Otro mes Señalar _____

HORA DE ENTRADA

7:45 a 8:00 (Servicio madrugadores)

8:45 a 9:15

HORA DE SALIDA

12:45

HORA DE SALIDA CON SERVICIO DE COMEDOR

13:30

15:00

¿TIENE EL/LA NIÑO/A ALGUNA MINUSVALÍA FÍSICA O PSÍQUICA?

NO

SI Señale cuál _____

¿TIENE EL/LA NIÑO/A ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALIMENTOS?

NO

SI Señale cuál _____

OTAS DE INTERÉS EN RELACIÓN CON EL/LA NIÑO/A:

NOMBRE DE LA PERSONA O PERSONAS QUE RECOGERÁN AL/LA NIÑO/A HABITUALMENTE:

¿CUÁNTOS/AS NIÑOS/AS EN EDAD DE ESTAR EN EL CENTRO HAY EN LA FAMILIA?

DATOS DE LOS/AS HERMANOS/AS

Nombre	Fecha Nacimiento	Actividad (Trabaja, estudia, otros)	Lugar donde realiza esta actividad

SEÑALE OTRAS CUESTIONES QUE LE INTERESEN EN RELACIÓN CON LA ESCUELA DE EDUCACIÓN INFANTIL:
