

"Programa cofinanciado por el Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes y el Fondo Social Europeo Plus (FSE+)"

ALTA EN EL SERVICIO DE DESAYUNO CEIP ANTONIO MACHADO ALCALÁ DE HENARES

D^a con DNI/NIE/Pasaporte:
con teléfono de contacto:

D..... con DNI/NIE/Pasaporte:
con teléfono de contacto:

Como padres/tutores legales del alumno/a:

(Indicar nombre y apellidos del alumno/s en mayúsculas) CURSO

1...../.....

2...../.....

3...../.....

Alergia, intolerancia alimentaria o trastorno crónico: ☐ ☐ Sí ☐ ☐ No

Indicar el tipo de alergia:

Empezará a hacer uso del servicio de desayuno el día:

HORARIOS SERVICIO DESAYUNO		
	HORARIO	SERVICIO
☐	DE 7:30 A 9:00 H	INCLUYE DESAYUNO
☐	DE 8:00 A 9:00 H	CON DESAYUNO
☐	DE 8:00 A 9:00 H	SIN DESAYUNO
☐	1 DÍA EVENTUAL	INCLUYE DESAYUNO

NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA:

DNI DEL TITULAR DE LA CUENTA:

NÚMERO DE CUENTA PARA LA DOMICILIACIÓN DE LOS RECIBOS:

IBAN																			
E	S																		

He recibido las normas del servicio de desayuno del centro y las acepto.

Ante el incumplimiento de las mismas, dará lugar a la baja del servicio.

***Esta autorización supone el alta automática en el servicio de desayuno.**

***La baja deberá comunicarse por escrito debidamente cumplimentada.**

En, a de de 20
Firma (madre/tutora legal): Firma (padre/tutor legal):

"Programa cofinanciado por el Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes y el Fondo Social Europeo Plus (FSE+)"

DECLARACIÓN RESPONSABLE

D/D^a.....con DNI/NIE/Pasaporte:.....
y domicilio en.....
de la localidad de..... código postal.....
con teléfono móvil....., en calidad de.....del alumno/a:
.....nacido/a el:
(día) de (mes) de (año)

DECLARO:

Que el impreso de solicitud de admisión al que se adjunta esta declaración está firmado por uno solo de los progenitores debido a:

- ☐ Familia monoparental
- ☐ Fallecimiento del otro progenitor
- ☐ Privación al otro progenitor de la patria potestad de los hijos por resolución judicial
- ☐ Orden o sentencia de alejamiento u otras medidas cautelares
- ☐ Imposibilidad material de contactar con el otro progenitor, por residencia en otro país o desconocimiento de su domicilio
- ☐ Consentimiento expreso del otro progenitor para actuar en el ejercicio ordinario de la patria potestad (artículo 156 del Código Civil)
- ☐ Otras circunstancias (a especificar cuál):

.....
.....

Para lo que aporta la siguiente documentación:

.....
.....
.....

Que es consciente de que esta decisión queda condicionada al conocimiento y conformidad del otro progenitor/a y, en caso de disconformidad, a lo que decida el órgano judicial competente.

Para que así conste y surta los efectos oportunos

Firma la presente declaración en, a de de 20

FIRMA DEL INTERESADO/A

"Los datos personales recogidos en este formulario serán de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace: www.madrid.org/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento."