

## SOLICITUDE DE INGRESO CURSO 2006 - 2007

### DATOS DO NENO/A

Apelidos e nome	Data de nacemento
Enderezo	Localidade
Teléfono	C.P.

### DATOS DOS PAIS OU TITORES

Apelidos e nome do pai ou titor	N.I.F.
Profesión	Nº Seguridade Social
Lugar de traballo	Teléfono
Apelidos e nome da nai ou titora	N.I.F.
Profesión	Nº Seguridade Social
Lugar de traballo	Teléfono

### OUTROS DATOS DA UNIDADE FAMILIAR

Apelidos e nome dos membros	Data nacemento	Parentesco	Situación laboral	Ingresos mensuais
		Pai		
		Nai		
			<b>Suma ingresos</b>	

### HORARIOS E SERVICIOS SOLICITADOS:

<input type="checkbox"/>	Media xornada de mañá	7.30 h a 12.30 h
<input type="checkbox"/>	Media xornada de tarde	16 h a 20.30 h
<input type="checkbox"/>	Xornada completa	7.30 h a 12.30 h / 16 h a 20.30 h
<input type="checkbox"/>	Comedor	12.30 h a 14 h
<input type="checkbox"/>	Horario ampliado	14 h a 16 h e para nenos/as que non son usuarios do comedor pero permanecen no centro logo de rematar a xornada de mañá.

ESCOLA INFANTIL MUNICIPAL DE FONTIÑAS

Santiago de Compostela, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Rúa de Londres 12 - 14

(Sinatura do/a solicitante)

Santiago de Compostela

*Consonte o disposto na Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Personal, os seus datos serán tratados de xeito confidencial e poderán ser incorporados aos correspondentes ficheiros do CONCELLO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. En calquera momento poderá exercer os dereitos de acceso, cancelación, rectificación e oposición comunicándoo por escrito, que presentará no Rexistro Xeral do Concello.*

# ESCOLA INFANTIL MUNICIPAL DE FONTIÑAS

## SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR

Número de membros da unidade familiar, incluído o/a neno/a para o que se solicita a praza	
Número <i>persoas que non formando parte da unidade familiar estean a cargo desta</i>	
Numero de membros incluído o/a neno/a para o que se solicita a praza, con enfermidade ou discapacidade	
Tipo de enfermidade ou discapacidade:	
	Nai    Pai    Outros membros
Discapacidade física, psíquica ou sensorial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Enfermidade crónica que requira internamento periódico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alcoholismo ou drogodependencia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Si    Non
Condición de familia monoparental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ausencia do fogar dos dous membros parentais	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Condición de familia numerosa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Número de irmáns/ás con praza renovada no centro para o curso	
<u>Nome do neno/a</u>	

## 2. SITUACIÓN LABORAL FAMILIAR

	Si	Non
Situación laboral de ocupación dos dous membros parentais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>En caso de que no punto anterior sinalara a opción "Non" indique a continuación o que corresponda</b>		
	Nai	Pai
Situación laboral de desemprego sen prestación económica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situación laboral de desemprego con prestación económica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realiza traballos sen cualificar fóra do fogar sen prestación económica fixa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## DOCUMENTACIÓN QUE SE ACHEGA

<input type="checkbox"/> LIBRO DE FAMILIA.
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE EMPADROAMENTO
<input type="checkbox"/> XUSTIFICANTE DE INGRESOS.
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE MINUSVALIDEZ ALEGADA POLOS MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR, SÓ EN CASO DE QUE NON SEXA EXPEDIDO POLA COMUNIDADE AUTÓNOMA.
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO MÉDICO EN CASO DE ENFERMIDADES CRÓNICAS OU OUTRAS AFECCIÓNS ALEGADAS POLOS MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR.
<input type="checkbox"/> INFORME DO EQUIPO DE VALORACIÓN E ORIENTACIÓN SOBRE A NECESIDADE DE INTEGRACIÓN EN CASO DE NENOS/AS CON DISCAPACIDADES.
<input type="checkbox"/> DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE INCIDENCIAS TALES COMO SEPARACIÓN, ABANDONO DE FOGAR, MALTRATO, ETC .
<input type="checkbox"/> INFORME DOS SERVICIOS SOCIAIS DO CONCELLO, NO SUPOSTO DE QUE SEXA NECESARIO POR FALTA DE ACREDITACIÓN DOCUMENTAL SUFICIENTE OU POR SITUACIÓNS ESPECIAIS EN QUE VIVA A UNIDADE FAMILIAR.

NOTA : Poderá esixirse en calquera momento a ampliación da documentación acreditativa das diferentes circunstancias alegadas. A omisión ou falsidade dos datos, ou dos documentos achegados serán causa de anulación.

Consonte o disposto na Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Personal, os seus datos serán tratados de xeito confidencial e poderán ser incorporados aos correspondentes ficheiros do CONCELLO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. En calquera momento poderá exercer os dereitos de acceso, cancelación, rectificación e oposición comunicándoo por escrito, que presentará no Rexistro Xeral do Concello.