

FOTO

DATOS DEL NIÑO

CURSO 2017-2018

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ N° _____ PISO _____

POBLACIÓN: _____ CP: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ PROFESIÓN _____

TELEFONO 1: _____ TELEFONO 2: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ PROFESIÓN _____

TELEFONO 1: _____ TELEFONO 2 _____

HORARIOS: (marcar el que proceda)

TASA

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> HORARIO MINIMO DE 10:00 a 13:30 HORAS. | 80,00 € |
| <input type="checkbox"/> HORARIO DE MAÑANAS DE 7:45 A 13:30 HORAS | 90,00 € |
| <input type="checkbox"/> HORARIO COMPLETO: | |
| • A) DE 7:45 a 17:00 HORAS | 100,00 € |
| • B) DE 10:00 A 17:00 HORAS | 100,00 € |

PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA RECOGIDA DEL NIÑO/A:

NOMBRE

APELLIDOS

D.N.I.

DATOS DE INTERES (Alimentación, descanso, alergias u otras enfermedades):

OTROS DATOS:

Todas las prácticas que se realizan respetarán la normativa vigente, en concreto la Ley 14/2002, de 25 de Julio, de promoción, atención y protección a la infancia en Castilla y León, cualquier variación legal que afecte a la seguridad del niño debe ser comunicada por escrito, para garantizar la situación del menor y del resto de participantes del programa crecemos.

DOCUMENTACIÓN:

A) PARA LOS NIÑOS DE NUEVA MATRICULA:

- 2 fotografías recientes del niño/a tamaño carne
- Volante de empadronamiento.
- Partida de nacimiento del niño/a
- Fotocopia del D.N.I. de los padres o tutores
- Informe sanitario acreditativo de que el menor se halla debidamente vacunado
- Fotocopia de la tarjeta de la Seguridad Social o del Seguro médico dónde este inscrito el niño/niña.

B) PARA EL RESTO (confirmación de matricula):

- fotografías recientes del niño/a tamaño carne
- Informe sanitario acreditativo de que el menor se halla debidamente vacunado.

ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA.

Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza a AYUNTAMIENTO DE BENAVIDES a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar en s cuenta y a su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes de acuerdo con las Órdenes del Ayuntamiento de Benavides.

Como parte de sus derechos, tiene derecho a ser reembolsado por su entidad financiera de acuerdo con los términos y condiciones del contrato suscrito con su entidad financiera. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha en que se realizó el adeudo en su cuenta.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL DEUDOR_____

D. N.I. _____

DOMICILIO, (NOMBRE DE LA CALLE Y Nº)_____

CODIGO POSTAL Y LOCALIDAD_____

PROVINCIA Y PAIS_____

SÚ NUMERO DE CUENTA -IBAN_____

SWIFT BIC_____

NOMBRE DEL ACREEDOR: AYUNTAMIENTO DE BENAVIDES.

REFERENCIA DEL ACREEDOR: PAGO MENSUAL GUARDERIA.

DIRECCION DEL ACREEDOR: AVD. DEL ORBIGO, 37. 24280- BENAVIDES DE ORBIGO.(LEON) ESPAÑA

Benavides de Órbigo, a _____, de __ 2017

FIRMA,