



AYUNTAMIENTO DE FUENSALIDA

**ANEXO I**  
**-SOLICITUD CENTRO DE DÍA INFANTIL-**

**DATOS NIÑO/A/OS/AS:**

| APELLIDOS:  | NOMBRE: | Fec. Nac. | NACIONALIDAD |
|---|---------|-----------|--------------|
|   |         |           |              |
|   |         |           |              |
|   |         |           |              |
| <b>Observaciones:</b> discapacidad/alergias/otras |         |           |              |

**DATOS DE LOS PADRES/MADRES O TUTORES/AS:**

|                             | APELLIDOS Y NOMBRE | DNI/NIE | TELÉFONO | NACIONALIDAD | DOMICILIO |
|-----------------------------|--------------------|---------|----------|--------------|-----------|
| PADRE/TUTOR<br>MADRE/TUTORA |                    |         |          |              |           |
| PADRE/TUTOR<br>MADRE/TUTORA |                    |         |          |              |           |

**FECHAS Y HORARIO QUE SOLICITA:**

| DÍAS | MES | AÑO | HORA DE LLEGADA | HORA DE SALIDA |
|------|-----|-----|-----------------|----------------|
|      |     |     |                 |                |
|      |     |     |                 |                |
|      |     |     |                 |                |

**SERVICIO QUE SOLICITA:**

Pequeños grupos (0 – 3 años)

Servicio de acompañamiento:

- Lugar de recogida: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_
- Lugar de entrega: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_
- Forma de identificar al niño/a: \_\_\_\_\_
- RAZÓN POR LA QUE SOLICITA EL SERVICIO: \_\_\_\_\_

**Nº DE CUENTA CAJA O BANCO/ IBAN (24 dígitos):** adjuntar fotocopia de la primera hoja de la libreta de ahorros o certificado bancario.

| IBAN |        | CUENTA CORRIENTE BANCARIA (C.C.C.) |  |  |          |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--------|------------------------------------|--|--|----------|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PAÍS | CODIGO | ENTIDAD                            |  |  | SUCURSAL |  |  | NUM. DE CUENTA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |        |                                    |  |  |          |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

El tratamiento de los datos de carácter personal que se recogen a través de este documento se sujeta a los dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa aplicable. El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la legislación aplicable. Afirmo conocer el contenido del Reglamento de Servicios de Cuidado a la Infancia, así como la Ordenanza Municipal nº 405 reguladora del precio público del Servicio, y autorizo a que se realice el cobro en el número de cuenta arriba indicado.

En Fuensalida a .....de.....de 20...

(Firma del padre/madre o tutor/a)