



**FUENSALIDA**  
AYUNTAMIENTO

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

**DATOS NIÑO/A/OS/AS:**

APELLIDOS:	NOMBRE:	Fec. Nac.	NACIONALIDAD
Observaciones: discapacidad/alergias/otras			

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

	APELLIDOS Y NOMBRE	DNI/NIE	TELÉFONO	NACIONALIDAD	DOMICILIO
PADRE/TUTOR MADRE/TUTORA					
PADRE/TUTOR 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)