

Per a l'accés a l'ensenyament de primer cicle d'educació infantil. Curs 2015/16

Centre que se sol·licita en primer lloc

0 7 0 1 3 3 4 6

Dades de l'alumne

Primer llinatge	Segon llinatge	Nom	NIF/NIE/Passaport
-----------------	----------------	-----	-------------------

Sexe H <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Data de naixement	País de naixement	Nacionalitat
---	-------------------	-------------------	--------------

Adreça	CP	Municipi	Telèfon
--------	----	----------	---------

L'alumne té necessitats específiques de suport educatiu <input type="checkbox"/>	L'alumne pateix malaltia crònica <input type="checkbox"/>
En cas afirmatiu presenta documentació <input type="checkbox"/>	En cas afirmatiu presenta documentació <input type="checkbox"/>

Dades dels tutors

P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	Primer llinatge	Segon llinatge	Nom
--	-----------------	----------------	-----

Data de naixement	Nacionalitat	Telèfons	NIF/NIE/Passaport
-------------------	--------------	----------	-------------------

Adreça electrònica

P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	Primer llinatge	Segon llinatge	Nom
--	-----------------	----------------	-----

Data de naixement	Nacionalitat	Telèfons	NIF/NIE/Passaport
-------------------	--------------	----------	-------------------

Adreça electrònica

SERVEIS A UTILITZAR:

SERVEI DE MENJADOR SI ( ) NO ( ) SERVEI DE GUARDERIA MATÍ SI ( ) NO ( ) SERVEI GUARDERIA HORABAIXA SI ( ) NO ( )

DOMICILIACIÓ BANCARIA

ENTITAT	OFICINA	D.C.	IBAN	NOMBRE DE COMPTE

El Sr/a \_\_\_\_\_ amb DNI/passaport \_\_\_\_\_ titular del compte abans indicat, autoritz a l'entitat bancària per què satisfaci els rebuts que presenti l'Ajuntament d'Esporles en concepte de quotes mensuals.

Palma \_\_\_\_\_ de /d' \_\_\_\_\_ de 2015

Signatura

\*L'administració pública competent serà l'encarregada d'establir el nombre de centres que es poden demanar en cada sol·licitud i fer públic el lloc de lliurament d'aquesta.

....., ..... de ..... de .....

Tutor legal 1

Tutor legal 2

Signat

Data de presentació \_\_/\_\_/\_\_

Segell de l'organisme receptor

POLÍTICA DE PRIVADESA

D'acord amb el que disposen l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de protecció de dades (LOPD), i l'art. 12 del RD 1720/2007, us informam que les dades de caràcter personal facilitades en el procés d'admissió a centres sostinguts amb fons públics a la Direcció General de Planificació, Inspecció Infraestructures Educatives de la Conselleria d'Educació, Cultura i Universitats del Govern de les Illes Balears seran recollides i tractades en un fitxer de titularitat d'aquesta Conselleria, amb domicili al carrer d'Alfons el Magnànim, 29, de Palma.

Per a l'accés a l'ensenyament de primer cicle d'educació infantil . Curs 2015/16

Centre que se sol·licita en primer lloc

0	7	0	1	3	3	4	6
---	---	---	---	---	---	---	---

Dades de l'alumne

Primer llinatge		Segon llinatge		Nom	NIF/NIE/Passaport
Sexe H <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Data de naixement	País de naixement		Nacionalitat	
Adreça		CP	Municipi		Telèfon
L'alumne té necessitats específiques de suport educatiu <input type="checkbox"/>			L'alumne pateix malaltia crònica <input type="checkbox"/>		
En cas afirmatiu presentar documentació <input type="checkbox"/>			En cas afirmatiu presentar documentació <input type="checkbox"/>		

Dades dels tutors

P	M	T	Primer llinatge	Segon llinatge	Nom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Data de naixement	Nacionalitat		Telèfons		NIF/NIE/Passaport
Adreça electrònica					
P	M	T	Primer llinatge	Segon llinatge	Nom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Data de naixement	Nacionalitat		Telèfons		NIF/NIE/Passaport
Adreça electrònica					

SERVEIS A UTILITZAR:

SERVEI DE MENJADOR SI ( ) NO ( ) SERVEI DE GUARDERIA MATÍ SI ( ) NO ( ) SERVEI GUARDERIA HORABAIXA SI ( ) NO ( )

DOMICILIACIÓ BANCARIA

ENTITAT	OFICINA	D.C.	IBAN	NOMBRE DE COMPTE

El Sr/a \_\_\_\_\_ amb DNI/passaport \_\_\_\_\_ titular del compte abans indicat, autoritz a l'entitat bancària per què satisfaci els rebuts que presenti l'Ajuntament d'Esporles en concepte de quotes mensuals.

Palma \_\_\_\_\_ de /d' \_\_\_\_\_ de 2015

\*L'administració pública competent serà l'encarregada d'establir el nombre de centres que es poden demanar en cada sol·licitud i fer públic el lloc de lliurament d'aquesta.

....., ..... de..... de.....

Tutor legal 1

Tutor legal 2

Signat

Data de presentació ___/___/___ - Segell de l'organisme receptor
--

POLÍTICA DE PRIVADESA

D'acord amb el que disposen l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de protecció de dades (LOPD), i l'art. 12 del RD 1720/2007, us informam que les dades de caràcter personal facilitades en el procés d'admissió a centres sostinguts amb fons públics a la Direcció General de Planificació, Inspecció Infraestructures Educatives de la Conselleria d'Educació, Cultura i Universitats del Govern de les Illes Balears seran recollides i tractades en un fitxer de titularitat d'aquesta Conselleria, amb domicili al carrer d'Alfons el Magnànim, 29, de Palma.