



SOLICITUD PLAZA AULA MATINAL SEPTIEMBRE a DICIEMBRE 7:30 a 9:00

SOLICITUD AULA DE AMPLIACIÓN 13:00 a 14:00 periodo 8 al 30 de Septiembre 2026

SOLICITUD PLAZA SERVICIO CONCILIACIÓN DÍAS NO LECTIVOS 1,2,3, 4 y 7 de Septiembre / 20 de Noviembre/7, 23,28,29 y 30 de Diciembre 8:00 a 14:00 2026

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A
Nombre y Apellidos:
NIF/NIE:
Fecha de Nacimiento:
Domicilio:
Población:
En Caso de padecer alergia o intolerancia a algún alimento o sustancia indique cual:

DATOS FAMILIARES: PADRE-MADRE-TUTOR/A	
1º Tutor/a	
Nombre y apellidos:	
NIF/NIE:	
Fecha de Nacimiento:	
Domicilio:	
Población:	Nacionalidad:
Teléfono:	Correo electrónico:
Marcar si procede alguna de las siguientes circunstancias:	
Familia numerosa_____	
Mujer mayor de 45 años_____	
Mujer en situación de desempleo_____	
2º Tutor/a	
Nombre y apellidos:	
NIF/NIE:	
Fecha de Nacimiento:	
Domicilio:	
Población:	Nacionalidad:
Teléfono:	Correo electrónico:
DATOS DEL CENTRO DOCENTE EN EL QUE ESTÁ MATRICULADO EN EL CURSO 2026/2027	
Centro:	
Curso:	



AULA MATINAL SEPTIEMBRE a DICIEMBRE 7:30 a 9:00

Marcar la opción deseada: SEP ____ OCT ____ NOV ____ DIC ____

Mes completo ____ Días aislados(especificar) _____

Tendrán preferencia los menores que requieran el periodo completo.

AULA DE AMPLIACIÓN 13:00 a 14:00 periodo 8 al 30 de Septiembre 2026

Marcar la opción deseada: Mes completo ____ Días aislados(especificar) _____

Tendrán preferencia los menores que requieran el mes completo.

SERVICIO CONCILIACIÓN DÍAS NO LECTIVOS 1,2, 3, 4 y 7 de Septiembre /20 de Noviembre/ 7, 23,28, 29 y 30 de Diciembre 8:00 a 14:00 2026

Marcar la opción deseada: 1,2, 3, 4 y 7 de Septiembre _____ 20 de Noviembre _____

7 de Diciembre _____ 23, 28,29 y 30 de Diciembre _____

Horario: 8:00 a 14:00 (Horario máximo de entrada las 9:00)Horario de entrada del menor: ____

Circunstancia por la que solicita el servicio de conciliación:

- ☐ Trabajo progenitores
- ☐ Acción formativa

A efectos de adjudicación de plazas, declara las siguientes **circunstancias prioritarias**:
(marcar con un X lo que proceda):

- ☐ Víctima de violencia de género
- ☐ Familia monomarental
- ☐ Familia monoparental
- ☐ Mujer con acreditación del grado de discapacidad
- ☐ Persona en riesgo de exclusión social
- ☐ Familias refugiadas
- ☐ Mujeres con otras cargas de cuidados de familiares o personas dependientes a su cargo.

Todas las anteriores circunstancias han de ser acreditadas mediante certificados válidos de ambos progenitores:

- Para **autónomos/as** **informe vida laboral**.
- Para **trabajadores/as por cuenta ajena** **certificado de empresa donde especifique la jornada laboral y la duración del contrato**.
- Otras circunstancias: certificado centro de formación, condición víctima de violencia de género, certificado de cuidador de persona en situación de dependencia, certificado de formación, etc.
- **Se deberá adjuntar anexo de DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE NIVEL DE RENTA FAMILIAR.**



INSTRUCCIONES

- El servicio solo se ofrecerá y concederá para los conceptos que se ofertan en esta solicitud.
- La presente solicitud ha de ser rellenada por las familias, firmada por ambos progenitores y entregada al Centro de la Mujer de Campo de Criptana.
- Junto con dicha solicitud, ha de aportarse la documentación justificativa citada anteriormente.
- El carácter prioritario, y por ende gratuito, en el acceso a ambos recursos está determinado por el cumplimiento de las condiciones establecidas en la solicitud.
- El Centro de la Mujer se reserva el derecho de solicitar otra documentación a las familias de aquellos centros educativos en los que el número de solicitudes exceda el número de las plazas ofertadas, es decir, cuando el número de demandas exceda las ratios de cada centro.
- Dado que el número de plazas de este servicio de conciliación es limitado, tendrán carácter preferente, aquellas familias que cumplan con los requisitos prioritarios establecidos en la solicitud, siendo los ingresos de la unidad familiar el criterio prioritario a considerar para lo cual tendrán preferencia aquellas unidades familiares con menores ingresos.

En Campo de Criptana, a ____ de _____ de 202__

Fdo:

Fdo:

Madre-progenitor 1-tutor/a

Padre-progenitor 2- tutor/a

AUTORIZACIONES, PROTECCIÓN DE DATOS, FECHA Y FIRMA

En el desarrollo de la actividad existe la posibilidad de que puedan aparecer imágenes de los menores de edad, por ello le solicitamos su autorización para utilizar la imagen, nombre, voz, y/o cualesquiera otros datos de carácter personal para ser incluidos en la página web, realizar cartelería, programas, revistas o cualquier otro soporte que tenga como fin la divulgación interna o externa de actividades (festivales, conciertos, etc.) del menor de edad del que Usted es tutor/padre/madre:

☐ Consiento

☐ No Consiento

Sus datos personales serán tratados por el Ayuntamiento de Campo de Criptana en calidad de responsable del tratamiento, con la finalidad de tramitar y gestionar su solicitud, así como para fines estadísticos e históricos. Así mismo, en caso de prestar su consentimiento como padre/madre/tutor del menor de edad, para la captación de imágenes y publicación en diferentes medios para la divulgación de las actividades realizadas. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, mediante un escrito acompañado de su DNI, dirigido a la dirección: PLAZA MAYOR, 1, 13610 – CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL) o en la dirección dpd@campodecriptana.es. Puede solicitar información adicional en el departamento de Secretaría de este Ayuntamiento.

En Campo de Criptana, a ____ de _____ de 202__

Fdo: _____

Fdo: _____