

**SOLICITUD DE PLAZA SERVICIO DE AULA Y /O COMEDOR ESCOLAR**  
**CURSO 2026/2027**

**COLEGIO** \_\_\_\_\_ **LOCALIDAD** \_\_\_\_\_

1. DATOS DEL ALUMNO/A			
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NOMBRE:		F. NACIMIENTO:	CURSO:
ALERGICO:	SI/NO	TIPO DE ALERGIA:	
En caso afirmativo es imprescindible aportar informe médico			

AUTORIZO el tratamiento de los datos indicados a continuación, para ofrecer un servicio personalizado adecuado a las necesidades particulares:

**SÍ NO** Datos relativos a alergias u otras patologías.

**SÍ NO** Otros datos que requieran de nuestro conocimiento para ofrecer una dieta concreta.

2. DATOS FAMILIARES: PADRE / MADRE / TUTOR/ TUTORA (rodee lo que proceda)			
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NOMBRE:		DNI:	TE ÉFONO:
DIRECCIÓN			
POBLACION:	PROVINCIA:	COD. POSTAL:	
EMAIL:			

3. SERVICIOS QUE SOLICITA:									
<b>COMIDA</b> (señale el servicio que solicita con una x):									
HABITUAL <small>(todos los días del mes)</small>	ESPORÁDICO <small>(uso ocasional)</small>	DÍAS CONCRETOS <small>(algunos días de la semana. Señalarlos)</small>	L	M	X	J	V		
<b>AULA MATINAL</b> (señale el servicio que solicita con una x):									
HABITUAL <small>(todos los días del mes)</small>	ESPORÁDICO <small>(uso ocasional)</small>	DÍAS CONCRETOS <small>(algunos días de la semana. Señalarlos)</small>	L	M	X	J	V		
FECHA INICIO COMIDA:			FECHA INICIO AULA:						

4. DOMICILIACION BANCARIA																
AUTORIZO que los recibos de los servicios solicitados en el centro: _____ sean cargados en la siguiente cuenta, así como la domiciliación de adeudo directo SEPA B2B																
ENTIDAD BANCARIA:																
TITULAR DE LA CUENTA:										DNI DEL TITULAR:						
CODIGO IBAN:																
Código país + DC IBAN	Entidad				Oficina				D.C.		Número de cuenta					

Acepto el tratamiento de datos personales en los términos citados en el reverso de esta inscripción.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**Firmado:**

---

SOLICITUD DE PLAZA SERVICIO DE AULA Y /O COMEDOR ESCOLAR  
**CURSO 2026/2027**

**INSTRUCCIONES:**

1. Complete la ficha con todos los datos que se le requieren.
2. Entregue la ficha a la secretaria / dirección del centro.
3. Para darse de baja del servicio, es necesaria la comunicación previa de la baja con 3 días de antelación, presentando la solicitud correspondiente.

<b>INFORMACION BASICA SOBRE PROTECCION DE DATOS</b>	
<b>Responsable del tratamiento</b>	PROYECTO LABOR, S.L
<b>Finalidades</b>	Prestación del servicio solicitado, gestión y cobro del mismo.
<b>Legitimación</b>	Consentimiento expreso del interesado para el tratamiento de datos de salud y cualquier otro dato necesario para proporcionar una dieta específica en función de los mismos. Ejecución de un contrato.
<b>Destinatarios</b>	No serán cedidos a terceros salvo obligación legal
<b>Plazo de conservación</b>	Los datos del interesado serán conservados mientras exista un interés mutuo para ello.
<b>Derecho</b>	Acceso, rectificación y supresión, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.
<b>Información Adicional</b>	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra política de privacidad.