



Junta de Castilla y León

Delegación Territorial de Salamanca
Dirección Provincial de Educación

SOLICITUD DE ALTA Y CONFIRMACIÓN PAGO SERVICIO PEQUEÑOS MADRUGADORES AULAS DE INFANTIL DE CEIP (0-3 años)

CURSO 2024/ 2025

Datos del padre, madre o tutor			
1º apellido	2º apellido	Nombre	Padre - Madre o tutor

Datos del alumno/a:			
1º apellido	2º apellido	Nombre	Curso

Datos del Centro		
Nombre del Centro	Localidad	Provincia

Datos para la domiciliación bancaria de cuotas:					
Código IBAN	Entidad	Sucursal	Código Control	Número de Cuenta	
E S 8 6	2 1 0 3	2 2 0 0	1 6	0 0 3 1 1 7 7 8 3 4	

Marcar lo solicitado con X en recuadro	Tarifa	Solicita exención-bonificación* SI/NO
SOLICITUD SERVICIO PEQUEÑOS MADRUGADORES DESDE EL MES DE _____	10,20 €	

*Adjuntar documentos justificativos de lo alegado según los artículos 5 y 6 del DECRETO 11/2023, de 29 de junio (BOCYL 30 de junio).

El/la/los solicitantes declaran ser ciertos los datos consignados y adjuntados

En _____, a _____ de _____ de 20 ____.
Firma del solicitante

Fdo.:

ILMO.SR.: DIRECTOR PROVINCIAL EDUCACIÓN DE SALAMANCA