



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
<input type="checkbox"/> 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