



SOLICITUD INSCRIPCIÓN PLAN CORRESPONSABLES

Servicio Colectivo de Aula Matinal Fuencaliente

DATOS DEL/DE LA MENOR

| | |
|--|-------|
| Nombre y apellidos | Edad |
| Domicilio | Curso |
| Alergias o intolerancias y aspectos de salud a tener en cuenta | |

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE

| | |
|---|-------------------|
| Nombre y apellidos | DNI |
| Relación con el/la menor (Madre, padre, tutor/a...) | |
| N.º Contacto móvil | 2º Contacto móvil |

TEMPORALIDAD

Marcar con una X Continua Puntual/Ocasional

JUSTIFICACIÓN DE ACCESO AL SERVICIO

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Familias monoparentales y monomarentales <input type="checkbox"/> - Víctimas de violencia de género <input type="checkbox"/> - Mujeres en situación de desempleo para realizar acciones formativas o búsqueda activa de empleo <input type="checkbox"/> - Mujeres mayores de 45 años <input type="checkbox"/> - Unidades familiares en las que existan otras cargas relacionadas con los cuidados <input type="checkbox"/> - Unidades familiares con todos sus miembros en activo <input type="checkbox"/> - Otras causas: <hr/> <hr/> |
|--|

Esta solicitud conlleva la aceptación de la normativa que regula y afecta al servicio

Firmado en Fuencaliente, a ____ del mes de _____ de 202__

FIRMA