**SAI ESCOLAR CURSO 2023-2024**

***SOLICITANTE:***

Nombre y Apellidos:

Teléfono de contacto:

Fecha de nacimiento:

D.N.I.:

Estado Civil:

Domicilio:

**1.- NOMBRES DE L@S MENORES**:

1: Curso 2023-2024:

2: Curso 2023-2024:

3: Curso 2023-2024:

**3.- COLEGIO AL QUE ASISTE:**

**4.- DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

* Solicitud (registrada en el Ayto.
* Volante de convivencia (Ayuntamiento)
* Justificantes situación laboral padre/madre/tutor/a
* Documentación acreditativa de la bonificación solicitada

**5.- MARCAR CON “X” HORARIO QUE SOLICITA**

* **De 7.30 a 9 hs.**
* **De 14.00 a 15.00 hs.** (septiembre y junio de 13 a 15 hs)
* **De 15.15 a 18.00 hs**

**6.- PRECIO PÚBLICO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Mañanas:**  7.30 hs-9.00 hs/ 14.00 hs -15.00 hs (13.00 hs-15.00 hs. Sept. y junio) | **Tardes:**  15.30 hs-18.00hs | **Total jornada** |
| **Semana** | 5,00 € | 5,00 € | 10,00 € |
| **Quincena** | 8,00 € | 8,00 € | 16,00 € |
| **Mensualidad** | 12,00 € | 12,00 € | 24,00 € |
| **Anualidad** | 120,00 € | 120,00 € | 240,00 € |

**Bonificaciones:**

* 50% descuento por familia numerosa (solamente aplicable sobre tarifas mensuales y anules).
* 50% por miembro de la U.F con grado de dependencia (solamente aplicable sobre tarifas mensuales y anules).
* 50% por víctima de V.G. (solamente aplicable sobre tarifas mensuales y anules).
* 50% descuento familias monoparentales/monomarentales con ingresos inferiores al

IPREM (aplicables sobre tarifas semanales, mensuales y anuales).

**AUTORIZO**  a mi hij@, a realizar las actividades programadas en las dependencias habilitadas al efecto, como en algún otro espacio del municipio (parque, exteriores, etc.) en los días y horario establecido para cada grupo de edad, en la localidad de Argamasilla de Calatrava, según las normas de funcionamiento y las condiciones expuestas para la actividad.

**DATOS MÉDICOS DE INTERÉS: (si es necesario se aportará informe médico)**

¿Tiene puestas y actualizadas las vacunas correspondientes del Calendario de Vacunación Infantil? SI NO

¿Padece alergias o alguna enfermedad?

¿Tiene que llevar algún régimen dietético?

¿Tiene que seguir algún tratamiento médico?

Otros Datos Sanitarios:

Número de la Seguridad Social (Adjuntar Fotocopia de la Tarjeta Seguridad Social y Fotocopia del Seguro Privado si hubiere)

**AUTORIZO** al Ayuntamiento a la **UTILIZACIÓN DE IMÁGENES** que se tomen durante alguna de las actividades que puedan ser empleadas por la Junta de Comunidades de Castilla – La Mancha, por el Ayuntamiento, así como por diferentes medios de comunicación local, autonómicos y/o nacionales, garantizándose y protegiéndose el honor, la intimidad personal y familiar y la propia imagen del / la menor, respetándose, en todo momento, la Ley de Protección jurídica del Menor, la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de Datos de carácter Personal y la Ley 3/1999, de 31 de marzo del Menor de Castilla la Mancha.

**SI NO**

Se entiende que el/la menor será recogid@ por su padre/madre/tutor/a, de no ser así se **AUTORIZA A las personas que a continuación se detallan:**

Nombre/parentesco:

Nombre/parentesco:

Nombre/parentesco:

Menores de 9 a 12 años, **AUTORIZO A MARCHARSE SOL@ (marque una x**):

**SI NO**

Fecha y firma:

(Servicios con cargo al **Plan Corresponsables** de la JCCM )