

PROCEDEMENTO

NOVO INGRESO EN ESCOLAS INFANTÍS 0-3
MATRÍCULA PUNTO DE ATENCIÓN Á INFANCIA (PAI) O GROVE

DOCUMENTO

MATRÍCULA

CURSO 2022/23

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
EN CALIDADE DE		SEXO	
☐ NAI ☐ PAI ☐ ACOLEDOR/A ☐ TITOR/A LEGAL		☐ HOME ☐ MULLER	
TIPO	NOME DA VÍA	NÚM.	BLOQ. ANDAR PORTA
PARROQUIA	LUGAR		
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO	

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

DATOS PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Enviaranse avisos da posta á disposición da notificación no correo electrónico e/ou teléfono móbil facilitados a seguir e que se poderán cambiar en calquera momento a través de Notifica.gal:

TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO

DATOS DA NENA OU DO NENO

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DATA DE NACEMENTO
GRUPO DE IDADE AO QUE ACCEDE	DISCAPACIDADE	DATA DE ACOLLEMENTO (no caso de menores acollidas/os)	SEXO
	☐ SI ☐ NON		☐ HOME ☐ MULLER

DATOS DA UNIDADE FAMILIAR (incluída a persoa solicitante)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF	DATA DE NACEMENTO	PARENTESCO

Nº DE MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR	Nº DE FILLOS/AS DA UNIDADE FAMILIAR

HORARIO DO CENTRO: 8 A 16 HORAS

HORARIO QUE SOLICITA

Xornada de a horas.

☐ Atención con comedor ☐ Atención sen comedor

- Límite 8 horas de asistencia dentro da xornada solicitada, excepto causas referidas no artigo 4 desta resolución.

SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR

- Número de membros que compoñen a unidade familiar

- Número de membros que non formando parte da unidade familiar estean ao seu cargo

- Número de membros, incluída a persoa solicitante, con enfermidade ou discapacidade

Tipo de enfermidade ou discapacidade:

• Discapacidade

• Enfermidade crónica que requira internamento periódico

Nai

Pai

Outros membros

☐
☐
☐
☐
☐
☐

- Condición de familia monoparental

☐ SI ☐ NON

- Ausencia do fogar familiar de ambos os membros parentais

☐ SI ☐ NON

- Condición de familia numerosa

☐ SI ☐ NON

- Condición de familia acolledora

☐ SI ☐ NON

- Neno/a para quen se solicita praza nacido/a en parto múltiple

☐ SI ☐ NON

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

de de

ALCALDE DO CONCELLO DO GROVE

Consonte o disposto na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, os seus datos serán tratados de xeito confidencial. Poderán ser incorporados aos ficheiros do Concello do Grove relacionados con este trámite, coa finalidade de utilizalos para as xestións municipais derivadas dos procedementos e consultas que inicia a persoa interesada nesta solicitude. En calquera momento poderá exercer os dereitos de acceso, cancelación, rectificación e oposición comunicándoo mediante un escrito que deberá presentar no Rexistro Xeral do Concello. +