SOLICITUD DE PLAZA EN LA ESCUELA INFANTIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nº de Registro**

1. **DATOS PERSONALES DEL NIÑO/A.**

NOMBRE: APELLIDOS: .

DOMICILIO: Nº: C.P.: .

LOCALIDAD: LUGAR DE NACIMIENTO: . FECHA DE NACIMIENTO: / / HORARIO QUE DESEA TENER: .

TELÉFONOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **DATOS FAMILIARES.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PARENTESCO | NOMBRE Y APELLIDOS | D.N.I. o PASAPORTE | PROFESIÓN ACTUAL |
| Padre/Tutor |  |  |  |
| Madre/Tutora |  |  |  |
| Hermano/a |  |  |  |
| Hermano/a |  |  |  |
| Hemano/a |  |  |  |
| Otros... |  |  |  |

1. **DATOS ECONÓMICOS DE LA UNIDAD FAMILIAR. (Correspondiente al año 2009)**

Declaro bajo mi responsabilidad que los ingresos íntegros referidos al año 2009 de los miembros de la unidad familiar fueron de

En ........................................................, a ........ de .........................de 2011

Firmado:

**VI. DATOS COMPLEMENTARIOS.**

1. El niño o niña presenta algún tipo de anomalía o minusvalía física, psíquica o sensorial:

No Si Especificar: .

1. El padre/madre o tutor presenta algún tipo de anomalía o minusvalía física, psíquica o sensorial que le impida el desempeño de actividades laborales :

No Si Especificar: .

**PUNTUACIÓN OBTENIDA. (A rellenar por el Equipo Técnico del Menor y la Familia)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Criterios** | | Puntuación |
| **SITUACIÓN FAMILIAR** | **Trabajan ambos padres** |  |
| **Incapacidad física, psíquica o sensorial permanente que precisen rehabilitación en centro médico.** |  |
| **Familia monoparental (viudedad, divorcio,...)** |  |
| **Mayores con minusvalías o deficiencias físicas o psíquicas** |  |
| **Familia con hijos menores de 6 años** |  |
| **Familia numerosa** |  |
| **El solicitante coincide con un hermano/a en el centro** |  |
| **Otras circunstancias** |  |
| **SITUACIÓN ECONÓMICA** | **Renta per cápita equivalente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |