

Dirección Provincial de Educación de Valladolid

### Datos del centro

|                    |  |
|--------------------|--|
| NOMBRE DEL CENTRO: |  |
| LOCALIDAD:         |  |
| PROVINCIA:         |  |

### Datos del Alumno

|                       |  |                      |  |
|-----------------------|--|----------------------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS    |  | DNI / NIE:           |  |
| DOMICILIO:            |  |                      |  |
| LOCALIDAD Y PROVINCIA |  | FECHA DE NACIMIENTO: |  |

### Datos de la unidad familiar

|                                                                                                                   |        |           |           |                          |                          |                          |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| (Imprescindible cumplimentar los dos solicitantes o marcar la casilla de monoparental si sólo hay un solicitante) |        |           |           |                          |                          |                          |          |
| DATOS DE LOS SOLICITANTES:                                                                                        |        |           |           |                          |                          |                          |          |
|                                                                                                                   | Nombre | Apellidos | DNI / NIE | Parentesco               |                          |                          | Teléfono |
|                                                                                                                   |        |           |           | Padre                    | Madre                    | Tutor                    |          |
| 1º                                                                                                                |        |           |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| 2º                                                                                                                |        |           |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |

**FAMILIA MONOPARENTAL** (un único responsable familiar, ya sea por razón de reconocimiento legal por un solo progenitor, por viudedad, por divorcio o por abandono), y lo acredita mediante la presentación de la siguiente documentación: ☐

- Copia del Libro de Familia
- Otros (indicar):

|                                                                                                       |                                         |                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Solicitan acogerse al programa de Pequeños Madrugadores para el curso (marcar lo que proceda):</b> |                                         |                                         |
| Curso 2-3 años <input type="checkbox"/>                                                               | Curso 1-2 años <input type="checkbox"/> | Curso 0-1 años <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Solicitan la aplicación de exención o bonificación a la tarifa ordinaria de 10,20 euros mensuales y acompañan a esta ficha la documentación acreditativa correspondiente para acogerse a la misma según lo marcado en la tabla siguiente (marcar lo que proceda):</b> |                                                                                                                   |
| <b>Exención:</b>                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Bonificación:</b>                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Circunstancias socio-familiares de grave riesgo para el menor                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Familia numerosa de Categoría General: 50%                                               |
| <input type="checkbox"/> Familia numerosa de Categoría Especial                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Familias monoparentales con renta per cápita mensual superior a 320 euros: 50%           |
| <input type="checkbox"/> Hijos de mujeres víctimas de violencia de género                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Hermanos de parto múltiple: 40% cada hermano                                             |
| <input type="checkbox"/> Víctimas de terrorismo e hijos de víctimas de terrorismo                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 2º hermano en el centro: 25% ( <b>esta circunstancia será acreditada por el CENTRO</b> ) |
| <input type="checkbox"/> Hijos de familias monoparentales con renta per cápita mensual no superior a 320 euros                                                                                                                                                           |                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Menores con grado de discapacidad igual o superior al 33 % o progenitores y hermanos con igual o superior discapacidad                                                                                                                          |                                                                                                                   |

En el supuesto de concurrencia de exenciones y bonificaciones **se aplica la exención**.  
En el supuesto de concurrencia de bonificaciones **se aplica el más beneficioso**.

**Decreto 17/2024, de 5 de septiembre** que modifica el Decreto 11/2023, de 29 de junio, por el que se establecen los precios públicos por la prestación de servicios en el primer ciclo de Educación Infantil por los centros dependientes de la Junta de Castilla y León

**DATOS BANCARIOS PARA CARGAR RECIBO (24 dígitos)**

| País |  | D.C |  | Entidad |  |  |  | Oficina |  |  |  | D.C |  | Número de cuenta |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|-----|--|---------|--|--|--|---------|--|--|--|-----|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|      |  |     |  |         |  |  |  |         |  |  |  |     |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Nombre y apellidos del titular de la cuenta a quien girar los recibos:**

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**D.N.I. / NIE:**

**El/la firmante autoriza el cobro de la cuota correspondiente del programa “Pequeños Madrugadores”**

Fdo.:

Los abajo firmantes **DECLARAN BAJO SU RESPONSABILIDAD:**

- Que quedan enterados de las normas de funcionamiento del Programa **Pequeños Madrugadores** habilitado en los Centros Públicos de Primaria con Unidades de 0-3 años y abonarán la prestación por meses completos. Con carácter previo al mes de disfrute del programa deberán informar al Centro docente su intención de continuar con su uso para la emisión del recibo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

El solicitante 1º

El solicitante 2º

Fdo.:\_\_\_\_\_

Fdo.:\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección Provincial de Educación con la finalidad de tramitar el cobro de la cuota correspondiente por el uso del programa Pequeños Madrugadores. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el Portal de Educación.

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE EDUCACIÓN DE VALLADOLID**