



SOLICITUD TRANSPORTE ESCOLAR

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

CENTRO ESCOLAR: _____ CURSO ESCOLAR: _____

CICLO: _____ NIVEL: _____

DOMICILIO DURANTE EL CURSO ESCOLAR:

Municipio: _____ Barrio: _____

Calle: _____ Nº: _____ Teléfono: _____

DISTANCIA EN Km. desde el domicilio hasta el Centro Escolar: _____

_____ ENVIADO A ESTE CENTRO POR LA COMISION DE ESCOLARIZACION

(Marcar con una cruz en caso afirmativo)

Solicita el Transporte Escolar en la RUTA Nº _____ PARADA _____

En Cruce de Arinaga, a ___ de _____ del año 2017

Comprobado y conforme
El/la Secretario/a del Centro

Firma y Sello del Centro

Firma del/de la padre/madre, tutor/a legal del alumno/a

OBSERVACIONES: _____

El Director

Para acceder a la gratuidad del Servicio de Transporte Escolar, es necesario reunir los siguientes requisitos:

1. Estar matriculado/a en Educación Primaria.
2. Que pertenezca a la zona de influencia de este Centro.
3. Que el domicilio durante el Curso Escolar esté a más de 2 km. del Centro Educativo
4. Que no existiendo plaza en el Centro Educativo que le correspondiera por zona de influencia, haya sido enviado/a a este Centro por la Comisión de Escolarización y además se cumpla con el requisito nº. 1

Para la validez de la presente solicitud, ésta deberá estar rigurosamente cumplimentada así como que los datos aportados sean ciertos. La falsificación de los datos invalida la solicitud.