

**SOLICITUD DE USO DEL SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR
ENSEÑANZA PRIMARIA**

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 COMISIÓN DE ESCOLARIZACIÓN
(Marcar con una cruz en caso afirmativo)

Solicita el Transporte Escolar en la RUTA nº _____ Parada _____

En _____, a _____ de _____ del año 20 _____

Comprobado y conforme:

El Padre/Madre/Tutor

El/la Secretario/a del Centro

D.N.I.: _____

Firma y Sello del Centro

Fdo.: _____

Observaciones: _____

El/La Directora

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 del 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.