

## **ANEXO IV**

### **CONFIRMACIÓN DE PLAZA EN CENTRO DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA**

**CENTRO CONFIRMADO C.A.P.I. DE.....**

#### **I.- DATOS PERSONALES DEL/ DE LA NIÑO/A:**

NOMBRE: ..... APELLIDOS: .....

Fecha de nacimiento: ..... de ..... de .....

DOMICILIO:

Vía ..... número ..... bloque .....  
escalera ..... piso ..... puerta ..... localidad ..... código postal .....

: .....

#### **II.- DATOS FAMILIARES:**

##### **PADRE O GUARDADOR:**

NOMBRE ..... APELLIDOS .....

D.N.I.: .....

DOMICILIO:

Vía ..... número ..... bloque .....  
escalera ..... piso ..... puerta ..... localidad ..... código postal .....

teléfono: (obligatorio indicar teléfono de contacto) .....

##### **MADRE O GUARDADORA:**

NOMBRE ..... APELLIDOS .....

D.N.I.: .....

DOMICILIO:

Vía ..... número ..... bloque .....  
escalera ..... piso ..... puerta ..... localidad ..... código postal .....

teléfono: (obligatorio indicar teléfono de contacto) .....

Desea que su hijo/a **no** asista al CAPI durante un mes, sin devengo de precio público en el mes de ..... (Si no marca la casilla se entenderá que desea que asista todo el curso)

Opta por el horario siguiente para la atención ordinaria de el/la niño/a (salvo justificación de necesidad, máximo de ocho horas diarias. El horario deberá estar comprendido entre las 07:30 y las 18:00, y se expresará en horario de veinticuatro horas: así, las 02:00 horas de la tarde serán las 14:00 horas).

De ..... horas a ..... horas

El/la guardador/a queda informado de que podrá solicitar la atención para el/la niño/a fuera de ese horario, dentro del horario de apertura del Centro, avisando con 24 horas de antelación al inicio del horario de apertura del Centro.

Para el caso de restricción de efectiva atención por COVID-19 fija el siguiente horario (deberá estar justificado por certificación de empresas de ambos progenitores, y puede que se le fije un horario inferior)

Igualmente queda informado de las normas del Centro, manifestando su conformidad con todas y cada una de ellas

Asimismo, manifiestan que autorizan a las siguientes personas a recoger al/la niño/a del centro:

.....  
.....  
.....

**DATOS BANCARIOS PARA DOMICILIACIÓN DE PAGO:**

(Deberá acompañar Ficha de Terceros firmada y sellada por el banco o documento acreditativo de ser titular de una cuenta bancaria, en el que figure el nombre del titular y el número de cuenta con todos sus dígitos (IBAN))

TITULAR DE LA CUENTA:

Nombre .....Apellidos.....

D.N.I.....

Nombre de la entidad bancaria.....

Número de cuenta- IBAN:

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Documentación que acompaña:

- Fotocopia del DNI de la persona o personas autorizadas a recoger al niño/a del centro
- Ficha de Terceros firmada y sellada por el banco o documento acreditativo de ser titular de una cuenta bancaria, en el que figure el nombre del titular y el número de cuenta con todos sus dígitos (IBAN).
- Informe médico actualizado en el que se haga constar que el/la niño/a no padece enfermedad infecto-contagiosa o alteraciones físicas y/o psíquicas que supongan riesgo para los demás usuarios del centro.
- Cartilla de vacunaciones o, en su defecto, informe médico del/de la niño/a.
- Fotocopia de cartilla de asistencia médica del/de la niño/a.
- Dos fotografías tamaño carnet del/de la niño/a

En ....., a ..... de ..... de 2020

Firma/s de la/s persona/s declarante/s

**PADRE O GUARDADOR**

**MADRE O GUARDADORA**

Fdo.:

Fdo.: