

# SOLICITUD DE MATRÍCULA

CURSO 2026 - 2027

escuelainfantilgurugu.vjara@gmail.com



## DATOS DEL ALUMNO/A

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA PROBABLE DE PARTO:

## DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A

NOMBRE Y APELLIDOS:

D.N.I.:

TELÉFONO MÓVIL:

FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

CORREO ELECTRÓNICO:

## DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A

NOMBRE Y APELLIDOS:

D.N.I.:

TELÉFONO MÓVIL:

FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

CORREO ELECTRÓNICO:

## DATOS DEL DOMICILIO FAMILIAR

CALLE, AVDA., PLAZA:

Nº:

PISO:

MUNICIPIO:

PROVINCIA:

C. POSTAL:

Marcar la opción deseada

Documentación necesaria para la matriculación

**HORARIO NORMAL**  
7:30 - 14:00 (Mensualidad 125E)

**HORARIO AMPLIADO**  
7:30 - 15:00 (Mensualidad 150E)

- Certificado de nacimiento
- Copia DNI o NIE de los padres
- Copia del Título de familia numerosa (si procede)
- Justificante del pago de la matrícula
- Copia de la cartilla de vacunaciones actualizada
- Declaración responsable
- Autorizaciones y DNI de los autorizados
- Orden de domiciliación del pago de las mensualidades

El padre, madre o tutor:

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

En Villanueva de la Jara, a      de      de 20



## AUTORIZACIONES

D./Dña.: \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

Autorizo a:

1. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

para poder recoger a mi hij@: \_\_\_\_\_

de la Escuela Infantil Municipal Gurugú de Villanueva de la Jara durante el curso 2026 – 2027.

**ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DNI/NIE DE LOS AUTORIZADOS.**

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

D./Dña.: \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

Padre/madre de: \_\_\_\_\_

Autorizo a las educadoras de la Escuela Infantil Municipal Gurugú de Villanueva de la Jara para poder fotografiar a mi hij@ durante las actividades que se realicen en el Centro en el curso 2026– 2027.

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



## DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./Dña.: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Madre/padre/representante legal (táchese lo que no proceda) de:

\_\_\_\_\_

### DECLARO:

Que he sido informado la normativa de la Escuela Infantil Gurugú con respecto a las actuaciones con las enfermedades infectocontagiosas más comunes en la primera infancia y me comprometo a:

Que mi hijo/hija no acudirá al Centro si:

- Tiene más de 37,5 °C
- Presenta síntomas compatibles con alguna enfermedad infectocontagiosa.
- Está diagnosticado o en periodo de aislamiento por haber contraído una enfermedad infectocontagiosa.

Informar al Centro de cualquier síntoma y/o contacto de riesgo de exposición.

Mi hijo/hija volverá a incorporarse al Centro una vez pasados los síntomas, cumplido el periodo de aislamiento y cuando así lo considere el responsable de su seguimiento en el Centro de Salud.

En Villanueva de la Jara, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202

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



**Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA**  
**AYUNTAMIENTO DE VILLANUEVA DE LA JARA**

A cumplimentar por el acreedor  
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: \_\_\_\_\_

Identificador del acreedor : P1626100J

Nombre del acreedor: AYUNTAMIENTO DE VILLANUEVA DE LA JARA

Dirección: PLAZA MAYOR, 1

Código postal - Población - Provincia / 16230 - VILLANUEVA DE LA JARA - CUENCA

País: ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

*By signing this mandate form, you authorize (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.*

A cumplimentar por el deudor  
To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es:  
*(titular/es de la cuenta de cargo)*

Dirección del deudor:

Código postal - Población - Provincia:

País del deudor:

Swift BIC / Swift BIC *(puede contener 8 u 11 posiciones)*

Número de cuenta - IBAN:

\_\_\_\_\_ En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES  
*Spanish IBAN of 24 positions always starting ES*

Tipo de pago:

Pago recurrente

o

Pago único

Fecha - Localidad: \_\_\_\_\_

IMPORTE: \_\_\_\_\_ Firma del deudor: \_\_\_\_\_

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.  
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.