



Escuela de Educación Infantil
Ilmo. Ayuntamiento de Aranjuez



Consejería de Educación
Comunidad de Madrid

FECHA DE INICIO DE USO DEL SERVICIO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO _____ Nº DE AULA _____

AÑO DE NACIMIENTO _____

1. HORARIO AMPLIADO DE MAÑANA

- De 7:30 a 8:00
- De 8:00 a 8:30
- De 8:30 a 9:00 (esta franja ocurre en el aula de cada alumno)

(Marcar con una cruz los periodos de horario ampliado solicitados).

2. HORARIO AMPLIADO DE TARDE

- De 16:00 a 16:30
- De 16:30 a 17:00
- De 17:00 a 17:30

(Marcar con una cruz los periodos de horario ampliado solicitados)

IMPORTANTE:

1. La solicitud de horario ampliado ha de acompañarse de los justificantes de horarios de ambos padres. (se podrán aportar posteriormente o cuando los tengáis).
2. La cuota es de **10,83 €** cada $\frac{1}{2}$ hora o fracción. (según orden de cuotas de la consejería). En la Escuela Infantil El Regajal **hemos integrado la franja de las 8.30 dentro de las dos aulas contiguas** donde se encuentra el alumno, que está resultando ser enormemente positivo para las familias y para los niños, ya que están con educadores de referencia para ellos.
3. El resto de las franjas solicitadas se ubicarán en aulas de las Escuela determinadas, que os comunicaremos...
4. Es necesario enviar esta solicitud al correo: eei.numerodos.aranjuez@educa.madrid.org o entregarla presencialmente en secretaria
5. Es importante que tengáis en cuenta el folleto de funcionamiento de horario ampliado para ver nuestro funcionamiento y valorar vuestras necesidades familiares.
6. Os adjuntamos la FICHA DE DATOS DEL ALUMNO que debéis rellenar.(entregar al educador de horario ampliado a excepción de las familias que van a usar la franja de las 8.30, en cuyo caso no es necesaria la ficha)

Don/Doña _____ con DNI _____, madre del
 alumno _____ del aula
 _____ quedo enterado del funcionamiento y de los criterios (folleto adjunto)
 para este curso.

Aranjuez a ____ del mes ____ del año

Firma de ambos tutores:



Fecha: _____ (Inicio uso horario Ampliado)

NOMBRE y apellidos

AULAS: _____

F.N _____

PAÑAL

ALERGIAS (Entregar informe médico a la educadora de referencia): _____

CHUPETE Y OBJETOS DE APEGO _____

ANTITÉRMICO(la familia deberá actualizar dosis) _____

DOSIS _____

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL ALUMNO Y SU D.N.I. (Rellenar solo Horario Ampliado de tarde deberán coincidir con las autorizaciones presentadas a su tutor): --

- _____

TELÉFONOS: _____

OBSERVACIONES*(Cómo y qué desayuna, merienda...):

FIRMA tutor 1:

Firma tutor 2:

(Entregar esta ficha en el aula de horario ampliado)