





## ANEXO III. b ANEXO A LA SOLICITUD DE ESCOLARIZACIÓN EN EL CASO DE PRESENTAR UNA SOLA FIRMA

| D/D <sup>a</sup> |  |   |           |            |                               |         | con        | DNI    | / NIE   | E/ Pasapo    | orte   |  |
|------------------|--|---|-----------|------------|-------------------------------|---------|------------|--------|---------|--------------|--------|--|
|                  | que lo que proced  |   |           |            |                               |         |            | e noti | fiacior | nes en (indi | icar   |  |
| tipo d           | de vía)  |   |           |            |                               |         | <u>-</u> - |        | de      | la localidad | d de   |  |
| ,                |  |   |           |            | CP, y teléfono de contacto nº |         |            |        |         |              |        |  |
|                  | ,  | como                                      | padre/    | madre/     | tutor                         | legal   | (marque    | e lo   | que     | proceda)     | del    |  |
| alum             | no:  |   |           |            |                               |         |            |        |         |              |        |  |
| escol            | arizado en el cent   | tro educa                                 | tivo      |            |                               |         |            |        | (       | durante el d | curso  |  |
| acad             | émico 20/20  | ,   |           |            |                               |         |            |        |         |              |        |  |
|                  |  |   |           |            |                               |         |            |        |         |              |        |  |
| DEC              | LARA:  |   |           |            |                               |         |            |        |         |              |        |  |
| Que              | (marcar lo que co  | rresponda                                 | a):       |            |                               |         |            |        |         |              |        |  |
|                  | Por tratarse de  | Por tratarse de una familia monoparental. |           |            |                               |         |            |        |         |              |        |  |
|                  | Por causas especiales: enfermedad, paradero desconocido, estar ausente del país u otras circunstancias o razones de causa mayor. |   |           |            |                               |         |            |        |         |              |        |  |
| su hij           | ersona declarante<br>jo/a en uno de los<br>urando en todo mo   | s centros                                 | escolares | sostenio   | dos con                       | fondos  | s públicos |        |         |              |        |  |
| Que:             |  |   |           |            |                               |         |            |        |         |              |        |  |
| Se c             | ompromete, si es   | el caso,                                  | a mante   | ner inforr | mada a                        | la otra | a parte de | todc   | lo re   | elacionado   | con la |  |
| escol            | arización y educa  | ción de s                                 | u hijo/a. |            |                               |         |            |        |         |              |        |  |
| A tod            | os los efectos.  |   |           |            |                               |         |            |        |         |              |        |  |
|                  |  |   |           |            |                               |         |            |        |         |              |        |  |
|                  | En _   |   |           | , a        | d                             | e       |            | de     | 20      | _            |        |  |
|                  |  |   |           |            |                               |         |            |        |         |              |        |  |
|                  |  |   |           |            |                               |         |            |        |         |              |        |  |
|                  |  |   |           |            |                               |         |            |        |         |              |        |  |

Fdo.: D./Da. \_\_\_\_\_