Gobierno de Canarias
Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes
Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa

SOLICITUD TRANSPORTE ESCOLAR
ALUMNADO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE

CENTRO ESCOLAR:_____CURSO ESCOLAR 20__/ 20__

CICLO:_____ NIVEL: _____

FECHA DE NACIMIENTO:_____ D.N.I.: _____

DOMICILO DURANTE EL CURSO ESCOLAR:
Municipio:_____ Barrio/Zona:_____
Calle:_____ Nº:_____ Teléfono: _____

DISTANCIA EN Km. desde el domicilio hasta el Centro Escolar:_____

¿Pertenece a la zona de influencia del centro?
(Marcar con una X donde corresponda) SI ☐ NO ☐

☐ ENVIADO A ESTE CENTRO POR LA COMISION DE ESCOLARIZACION
(Marcar con una X donde corresponda)

Solicita el Transporte Escolar en:
- RUTA Nº: _____

¿Solicita por primera vez el uso de transporte escolar?
(Marcar con una X donde corresponda) SI ☐ NO ☐

¿Utiliza silla de ruedas?
(Marcar con una X donde corresponda) SI ☐ NO ☐

¿Debe permanecer abierta y anclada la silla de ruedas durante el trayecto?
(Marcar con una X donde corresponda) SI ☐ NO ☐

En _____ a ___ de _____ del año 20__

Comprobado y conforme
El Servicio Administrativo del Centro

Firma y Sello del Centro

Firma del/de la padre/madre, tutor/a legal del alumno/a

OBSERVACIONES: _____
_____

El/la directora/a

Fdo.:

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