



# APRENDEMOS JUNTOS

Horario: Acogida de 8 a 9,30 horas – Recogida de 14 a 14,30 horas  
Participantes de 3 a 11 años (2021 al 2013)

FECHAS		COLECTIVO A JUSTIFICAR*									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FEBRERO	3										
FEBRERO y MARZO	28 y 3										

**Nota:**  
El colectivo por el que se opta se deberá justificarse con la documentación oportuna junto a la solicitud

### \*COLECTIVOS A JUSTIFICAR

- 1- Familias Monoparentales: Compuestas por una única persona progenitora. Fertilización artificial, adopción, acogimiento, viudo/a.  
No se consideran familia monoparental los separados o divorciados, ni los progenitores que aún no habiendo estado casados tengan hijos en comunes reconocidos por el otro progenitor, salvo que tengan atribuidos en exclusiva la patria potestad (no guarda y custodia).
- 2- Víctimas de violencia de género y de otras formas de violencia contra la mujer/hombre.
- 3- Unidad familiar de un progenitor que trabaje o de dos progenitores que trabajen y por diversos motivos no pueda/n atender a los cuidados.
- 4- Mujer/hombre en situación de desempleo de larga duración.
- 5- Familias cuyos progenitores están en proceso de inserción laboral u ocupacional
- 6- Familias que los progenitores trabajen en el municipio.
- 7- Familias empadronadas en Navarrete.
- 8- Familias que tengan matriculados a sus hijos/as en CEIP Ntra. Sra. Del Sagrario.
- 9- Familias que tengan residencia en Navarrete, o pasen periodos con familiares de 1º grado (abuelos).
- 10- No empadronados.

Para incluirse en los puntos de orden de 1 al 5 deben estar empadronados en Navarrete antes del 01/01/2025

TIPO DE REPRESENTANTE (indicar la relación)	APELLIDOS y NOMBRE							NIF/NIE(*) campo obligatorio
Padre/Tutor/Representante legal								
Madre/Tutora/Representante legal								
DOMICILIO: Tipo de vía	Nombre de vía	Nº	Bloque	Esc.	Piso	Pta.		
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL						
TELÉFONO (Padre)	TELÉFONO (Madre)	CORREO ELECTRÓNICO						
<b>APELLIDOS y NOMBRE (del participante)</b>								
CURSO ACTUAL						FECHA NACIMIENTO		
AUTORIZAR RECOGIDA DEL NIÑO/A A: (indicar la relación)	APELLIDOS y NOMBRE						NIF/NIE(*) campo obligatorio	
-								
-								
SE PUEDE IR SOLO	SI	NO	Observaciones MÉDICAS (ALERGIAS, MEDICACIONES, ENFERMEDADES CRÓNICAS)					

En Navarrete, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025

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