



**Junta de  
Castilla y León**

**CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA**

INSTITUTO DE E. SECUNDARIA DE ASTORGA  
Telf. 987.615.801. Fax: 987.602.361  
C/ Instituto s/n  
Astorga 24700 (León)

**SOLICITUD DE RESERVA DE PLAZA DE  
RESIDENCIA / COMEDOR.**

CURSO 20\_\_/20\_\_

Estudios a realizar:

RESIDENCIA  (consultar gratuidad en función de estudios y localidad de residencia)

**Desea solicitar plaza en:** RESIDENCIA CON CARÁCTER GRATUITO? SI  NO

COMEDOR

**DATOS PERSONALES ALUMNO/A**

Apellidos		Nombre	
N.I.F./N.I.E./Tarjeta de Residencia		Fecha de nacimiento	
Lugar de nacimiento		Nombre del Padre	
N.I.F./N.I.E./Tarjeta de Residencia		Fecha de nacimiento	
Nombre de la Madre		N.I.F./N.I.E./Tarjeta de Residencia	
Fecha de nacimiento		TUTOR / Persona para contactar (En caso de separación, indicar quién es el Tutor/a legal).	
Teléfono			

**DOMICILIO**

Indicar Calle / Avenida / Plaza y nº:

Código Postal	Población	Provincia	Teléfono de Casa
MÓVIL Padre	MÓVIL Madre	MÓVIL Alumno/a	Nº de hermanos

**INFORMACIÓN MÉDICA (marque con una X lo que proceda)**

Tarjeta Sanitaria de la Seguridad Social SI  NO

Mutualidad Médica SI  NO  Indique cual \_\_\_\_\_

¿Tiene alergia a algún medicamento, comida o algo especial? SI  NO

En caso afirmativo, indíquelo: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ACADÉMICA (marque con una X lo que proceda)**

¿Ha repetido algún curso? SI  NO  Indique cual \_\_\_\_\_

¿Se matricula por primera vez en este Centro? SI  NO

Centro educativo y localidad donde cursó estudios el año académico previo:

IES de Astorga  Otros  Centro \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

**LA CONCESIÓN DE ESTA PLAZA SERÁ EFECTIVA TRAS LA COMUNICACIÓN QUE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN RESIDENCIAL LE HARÁ LLEGAR POR ESCRITO O TELEFÓNICAMENTE.**

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.0\_\_

Fdo.: D/Dª \_\_\_\_\_  
(Firma del Padre, Madre o Tutor legal)