

Formulario CE-01-2025

Solicitud del ESTUDIANTE para optar por el beneficio de Comedor Estudiantil

Este formulario debe ser llenado por el solicitante del beneficio y debe ser entregado en la institución donde se encuentre matriculado en la fecha que le indique el Centro Educativo.

Fecha:

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Masculino

Femenino

GÉNERO (marque con una X)

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

N° DE CÉDULA o IDENTIFICACIÓN

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

FECHA DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

2. DATOS DE LA MADRE, PADRE O ENCARGADO DEL SOLICITANTE

Masculino

Femenino

GÉNERO (marque con una X)

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

N° DE CÉDULA o IDENTIFICACIÓN

NACIONALIDAD

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

3. DIRECCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

PROVINCIA

CANTÓN

DISTRITO

POBLADO

4. DATOS SOBRE EL NÚCLEO FAMILIAR

1. Indique el ingreso económico mensual de su núcleo familiar: _____

2. Indique el número de miembros que componen el núcleo familiar y habitan en el mismo hogar: _____

ESTADO NUTRICIONAL DEL ESTUDIANTE	MARQUE CON X	CONDICIÓN DEL ESTUDIANTE	MARQUE CON X
BAJO PESO O DESNUTRICIÓN		NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES	
SOBREPESO U OBESIDAD		EMBARAZO	
ANEMIA		PADRE O MADRE ADOLESCENTE	
OTRAS DEFICIENCIAS		OTRA	

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es veraz y que cualquier falsedad me hará acreedor de la pérdida del beneficio solicitado, sin perjuicio de las responsabilidades legales que procedan. Así mismo, me comprometo a cumplir con los lineamientos de Programas de Equidad. En caso de incumplir la normativa, Programas de Equidad podrá suspender el beneficio.

FIRMA DEL ENCARGADO LEGAL O ESTUDIANTE MAYOR DE EDAD

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO EDUCATIVO

Una vez verificada la información contenida en este Formulario se CERTIFICA que el estudiante cumple los requisitos estipulados por el MEP, para optar por el beneficio de Comedor Estudiantil.

APROBADO

DENEGADO

Nombre y firma del Director del Centro Educativo

SELLO