



Gobierno de Canarias
Consejería de Educación,
Cultura y Deportes

ANEXO II

SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR ALUMNADO EDUCACIÓN
INFANTIL, PRIMARIA, SECUNDARIA OBLIGATORIA Y CENTROS
ESPECÍFICOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

NOMBRE:	CÓDIGO:	ZONA INSP.:
DIRECCIÓN:	LOCALIDAD:	
CP:	MUNICIPIO:	
TELÉFONO:	FAX:	EMAIL:

RUTA (1)	VJE	PARADA	KM. (2)	INFANTIL			PRIMARIA						E.S.O.				A.E.	E.E.	TOT.	OBS. (3)		
				1º	2º	3º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	1º	2º	3º	4º						
		TOTAL VIAJE																				

ACOMPAÑANTE:	VEHÍCULO ADAPTADO PARA SILLA DE RUEDAS:
--------------	---

EMPRESA:	
DIRECCIÓN:	
TELÉFONO:	FAX:

TIPO DE CONTRATO:	CAPACIDAD DE LA GUAGUA:
-------------------	-------------------------

HORARIO DEL CENTRO:	Hora de Entrada:	Hora de Salida:
HORARIO DEL SERVICIO DE COMEDOR (4):	Hora de Inicio:	Hora de Fin:
OTRAS OBSERVACIONES:		

Como Secretario/a del Centro, certifico que los datos que constan en este documento son ciertos.

VºBº El/La Director/a

Fdo.: El/La Secretario/a del Centro

D/Dña.

D/Dña.

(1) Complimentar con rigor los datos solicitados.

(2) Distancia en Km. desde la parada al centro educativo.

(3) Si posee Aula Enclave o Atención a Discapacitados indicar: minusvalía, asistencia a la movilidad, u otra circunstancia a tener en cuenta para el Transporte Escolar de los/las discapacitados/as que hagan uso de dicho servicio.

(4) Si lo tuviera



ANEXO III A
SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR
EDUCACIÓN PRIMARIA

NOMBRE:	CÓDIGO:	ZONA INSP.:
DIRECCIÓN:	LOCALIDAD:	
CP:	MUNICIPIO:	
TELÉFONO:	FAX:	EMAIL:

N°	APELLIDOS Y NOMBRE	E. NAC.	NIVEL	RTA	PARADA	LOCALIDAD	MUNICIPIO	OBSERV.

Como Secretario/a del Centro, certifico que los datos que constan en este documento son ciertos.

V°B° El/La Director/a

Fdo.: El/La Secretario/a del Centro

D/Dña.

D/Dña.

(1) Si la ruta y la parada no coinciden con las establecidas en la zona de influencia del centro, indicar la causa de su especial escolarización.



ANEXO III B
SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR
EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

NOMBRE:	CÓDIGO:	ZONA INSP.:
DIRECCIÓN:	LOCALIDAD:	
CP:	MUNICIPIO:	
TELÉFONO:	FAX:	EMAIL:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRE	E. NAC.	NIVEL	RTA	PARADA	LOCALIDAD	MUNICIPIO	OBSERV.

Como Secretario/a del Centro, certifico que los datos que constan en este documento son ciertos.

VºBº El/La Director/a

Fdo.: El/La Secretario/a del Centro

D/Dña.

D/Dña.

(1) Si la ruta y la parada no coinciden con las establecidas en la zona de influencia del centro, indicar la causa de su especial escolarización.



Gobierno de Canarias
 Consejería de Educación,
 Cultura y Deportes

ANEXO III C
 SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR
 EDUCACIÓN INFANTIL

NOMBRE:	CÓDIGO:	ZONA INSP.:
DIRECCIÓN:	LOCALIDAD:	
CP:	MUNICIPIO:	
TELÉFONO:	FAX:	EMAIL:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRE	F. NAC.	NIVEL	RUTA	PARADA	LOCALIDAD	MUNICIPIO	OBSERV.

Como Secretario/a del Centro, certifico que los datos que constan en este documento son ciertos.

VºBº El/La Director/a

Fdo.: El/La Secretario/a del Centro

D/Dña.

D/Dña.

(1) Si la ruta y la parada no coinciden con las establecidas en la zona de influencia del centro, indicar la causa de su especial escolarización.



Gobierno de Canarias
 Consejería de Educación,
 Cultura y Deportes

ANEXO III D
 SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR
 EDUCACIÓN SECUNDARIA NO OBLIGATORIA

NOMBRE:	CÓDIGO:	ZONA INSP.:
DIRECCIÓN:	LOCALIDAD:	
CP:	MUNICIPIO:	
TELÉFONO:	FAX:	EMAIL:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRE	F. MAC.	NIVEL	RUZA	PARADA	LOCALIDAD	MUNICIPIO	OBSERV.

Como Secretario/a del Centro, certifico que los datos que constan en este documento son ciertos.

VºBº El/La Director/a

Fdo.: El/La Secretario/a del Centro

D/Dña.

D/Dña.

(1) Si la ruta y la parada no coinciden con las establecidas en la zona de influencia del centro, indicar la causa de su especial escolarización.



Gobierno de Canarias
 Consejería de Educación,
 Cultura y Deportes

ANEXO III E
 SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR
 ALUMNADO NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

NOMBRE:	CÓDIGO:	ZONA INSP.:
DIRECCIÓN:	LOCALIDAD:	
CP:	MUNICIPIO:	
TELÉFONO:	FAX:	EMAIL:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRE	P. NAC.	NIVEL	RTA	PARADA	LOCALIDAD	MUNICIPIO	OBSERV.

Como Secretario/a del Centro, certifico que los datos que constan en este documento son ciertos.

VºBº El/La Director/a

Fdo.: El/La Secretario/a del Centro

D/Dña.

D/Dña.

(1) Si la ruta y la parada no coinciden con las establecidas en la zona de influencia del centro, indicar la causa de su especial escolarización.



Gobierno de Canarias
 Consejería de Educación,
 Cultura y Deportes

ANEXO III F

SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR
 ALUMNADO BENEFICIARIO DE BONOS

NOMBRE:	CÓDIGO:	ZONA INSP.:
DIRECCIÓN:	LOCALIDAD:	
CP:	MUNICIPIO:	
TELÉFONO:	FAX:	EMAIL:

Nº	APPELLIDOS Y NOMBRE	F. NAC.	NIVEL	PARADA	LOCALIDAD	MUNICIPIO	EMPRESA

Como Secretario/a del Centro, certifico que los datos que constan en este documento son ciertos.

VºBº El/La Director/a

Fdo.: El/La Secretario/a del Centro

D/Dña.

D/Dña.

(1) Si la ruta y la parada no coinciden con las establecidas en la zona de influencia del centro, indicar la causa de su especial escolarización.



Gobierno de Canarias
 Consejería de Educación,
 Cultura y Deportes

ANEXO IV A
 AUTORIZACIÓN TRANSPORTE ESCOLAR
 ALUMNADO EDUCACIÓN INFANTIL

NOMBRE :	CÓDIGO:	ZONA INSP.:
DIRECCIÓN:	LOCALIDAD:	
CP:	MUNICIPIO:	
TELÉFONO:	FAX:	EMAIL:

RUTA N°

Viaje N°.:

N°	NOMBRE Y APELLIDOS	NIVEL	PARADAS

TOTALES	
---------	--

HORARIO DEL CENTRO:	HORARIO DEL SERVICIO DE COMEDOR:
OBSERVACIONES:	

En _____, a _____

Como Secretario/a del Centro, certifico que los datos que constan en este documento son ciertos.

V°B° La Dirección

Fdo.: El / La Secretario / a del Centro

D/Dña.

D/Dña.

AUTORIZACIÓN EXCEPCIONAL Y PROVISIONAL (D.G. de P.E.)
Fecha:

V°B° INSPECCIÓN DE ZONA
Fecha:

- (1) Cumplimentar un estadillo por ruta y viaje
- (2) Adjuntar fotocopia de solicitudes.



Gobierno de Canarias
 Consejería de Educación,
 Cultura y Deportes

ANEXO IV C
 AUTORIZACIÓN BONOS
 ALUMNADO EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

NOMBRE :	CÓDIGO:	ZONA INSP.:
DIRECCIÓN:	LOCALIDAD:	
CP:	MUNICIPIO:	
TELÉFONO:	FAX:	EMAIL:

N°	NOMBRE Y APELLIDOS	F. NAC.	NIVEL	PARADAS	OBSERVACIONES

TOTALES	
---------	--

En _____, a _____

Como Secretario/a del Centro, certifico que los datos que constan en este documento son ciertos.

V°B° La Dirección

Fdo.: El / La Secretario / a del Centro

D/Dña.

D/Dña.

AUTORIZACIÓN (D.G. de P.E.)
Fecha:

(1) Adjuntar fotocopia de solicitudes.



Gobierno de Canarias
Consejería de Educación,
Cultura y Deportes

Certificado Nº.:

SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR

CERTIFICACIÓN POSITIVA DE PRESTACIÓN DE SERVICIO (1)	
CURSO ESCOLAR:	EXPEDIENTE Nº:
CENTRO EDUCATIVO:	
PROVINCIA:	
EMPRESA TRANSPORTISTA:	
RUTA:	
MES Y AÑO:	
NÚMERO DE DÍAS LECTIVOS DEL MES:	

D./Dña.:

CERTIFICA

Que, en relación con los datos arriba especificados, el número de días lectivos en que el servicio ha sido prestado correctamente por la empresa transportista, de acuerdo con lo previsto en el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares y de Prescripciones Técnicas que rige esta contratación, ha sido:

Lo que suscribo para que conste y surta los efectos oportunos, en

VºBº
El / La Director / a

El / La Secretario / a

Fdo.

Fdo.

(1) Modelo de certificación *sin incidencias* en el Servicio de Transporte Escolar.



Gobierno de Canarias
Consejería de Educación,
Cultura y Deportes

Certificado N°:

SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR

CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DE ACOMPAÑANTE DE TRANSPORTE ESCOLAR (1)	
CURSO ESCOLAR:	EXPEDIENTE N°:
CENTRO EDUCATIVO:	
PROVINCIA:	
EMPRESA:	
RUTA:	
MES Y AÑO:	

NÚMERO DE DÍAS LECTIVOS DEL MES:	
----------------------------------	--

D./Dña.:

CERTIFICA

Que, D./Dña. _____ ha realizado el Servicio de Acompañante de Transporte Escolar de este Centro Educativo, en la guagua que hace la ruta arriba indicada de manera satisfactoria durante el número de días lectivos:

Lo que suscribo para que conste y surta los efectos oportunos. en

VºBº

El / La Director / a

El / La Secretario / a

Fdo.

Fdo.

(1) Hacer un certificado de cada acompañante de Transporte Escolar que realice sus servicios para el Centro Educativo.



Gobierno de Canarias
 Consejería de Educación,
 Cultura y Deportes

Certificado N.º.:

SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR

CERTIFICACIÓN POSITIVA DE PRESTACIÓN DE SERVICIO (1)	
CURSO ESCOLAR:	EXPEDIENTE N.º:
CENTRO EDUCATIVO:	
PROVINCIA:	
EMPRESA TRANSPORTISTA:	
RUTA:	
MES Y AÑO:	
NÚMERO DE DÍAS LECTIVOS DEL MES:	

D./Dña.:

CERTIFICA

Que, en relación con los datos arriba especificados, el número de días lectivos en que el servicio de Transporte y de Acompañante ha sido prestado correctamente por la empresa transportista, de acuerdo con lo previsto en el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares y de Prescripciones Técnicas que rige esta contratación, ha sido:

- a) días, servicio de Transporte.
- b) días, servicio de Acompañante

Lo que suscribo para que conste y surta los efectos oportunos, en

V.ºB.º
 El / La Director / a

El / La Secretario / a

Fdo.

Fdo.

(1) Modelo de certificación *sin incidencias* en el Servicio de Transporte Escolar.



Gobierno de Canarias
 Consejería de Educación,
 Cultura y Deportes

SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR

CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIO (1)	
CURSO ESCOLAR:	
CENTRO EDUCATIVO:	
MUNICIPIO:	
EMPRESA TRANSPORTISTA:	
MES Y AÑO:	

D./Dña.: _____ ,
 en calidad de Secretario/a del Centro Educativo: _____ ,

CERTIFICA

Que la empresa de transporte de viajeros: _____
 ha realizado el Servicio de Transporte Escolar de ese Centro Directivo por el itinerario:

_____ de manera satisfactoria durante _____ días de _____ días lectivos del mes de _____ del presente año, no realizándose durante _____ días, por los siguientes motivos:

Para que conste y surta los efectos oportunos.

_____, a _____ de _____ del año 200 _____.

Vº. Bº.
 El/La Director/a

El/la Secretario/a

Fdo.:

Fdo.:

(1) Modelo de certificación que se extiende para aquellas rutas que realizan el Servicio de Transporte Escolar en la modalidad de convalidadas



**Gobierno
de Canarias**

Consejería de Educación,
Cultura y Deportes
Dirección General
de Promoción Educativa

**SOLICITUD EXCEPCIONAL TRANSPORTE ESCOLAR ALUMNADO NO
PREFERENTE**

Nombre y Apellidos padre/madre o Tutor/a Legal: _____
D.N.I. núm.: _____

DATOS DEL/LA ALUMNO/A.

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
MATRICULADO EN _____ (Indicar curso)
CENTRO EDUCATIVO _____
DOMICILIADO _____

DISTANCIA DEL DOMICILIO AL CENTRO: _____ Kms.

Solicita: Que su hijo/a pueda utilizar durante el curso escolar 200__/200__, el servicio de Transporte Escolar que hace la ruta nº _____, en la parada denominada _____, provisionalmente mientras no sea solicitada por algún/a alumno/a preferente, de conformidad con la Orden que regula el uso del servicio de Transporte Escolar Público.

En _____, a _____ de _____ 200__.

Fdo.: _____

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL IES _____.



**Gobierno
de Canarias**

Consejería de Educación,
Cultura y Deportes
Dirección General
de Promoción Educativa

ANEXO V – C

SOLICITUD DE TRANSPORTE ESCOLAR EDUCACIÓN INFANTIL

D./Dña.: _____
con D.N.I. nº. _____ padre/madre o tutor/a legal del /de
la alumno/a _____ (1) de Educación Infantil,
Nivel _____,

Solicita:

Autorización con carácter excepcional y provisional, para que su hijo/a haga uso del Servicio de Transporte Escolar en la Ruta _____, Parada _____ al Centro Educativo y viceversa.

Podrá revocarse la autorización de uso del Transporte Escolar, en el supuesto que sea solicitada por algún/a alumno/a del Centro con derecho preferente a la misma, de conformidad con la Orden que regula el uso de Transporte Escolar en los centros docentes públicos no universitarios y residencias escolares.

En _____, a _____ de _____ de 200 _____

Fdo.: _____

SR/SRA. DIRECTOR/A DEL CEIP _____

(1) El/la alumno/a pertenece a la zona de influencia del Centro o ha sido trasladado al mismo por la Comisión de Escolarización de la Zona.



**Gobierno
de Canarias**

Consejería de Educación,
Cultura y Deportes
Dirección General
de Promoción Educativa

**SOLICITUD TRANSPORTE ESCOLAR
EDUCACIÓN PRIMARIA**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CENTRO ESCOLAR: CURSO ESCOLAR:

CICLO: NIVEL:

DOMICILIO DURANTE EL CURSO ESCOLAR:

Municipio: Barrio:

Calle: Nº: Teléfono:

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

ENVIADO A ESTE CENTRO POR LA COMISION DE ESCOLARIZACION
(Marcar con una cruz en caso afirmativo)

Solicita el Transporte Escolar en la RUTA Nº PARADA

En a de del año 200

Comprobado y conforme
El/la Secretario/a del Centro

Firma y Sello del Centro

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

OBSERVACIONES:

El/la Director/a

Para acceder a la gratuidad del Servicio de Transporte Escolar, es necesario reunir los siguientes requisitos:

1. Estar matriculado/a en Educación Primaria.
2. Que pertenezca a la zona de influencia de este Centro.
3. Que el domicilio durante el Curso Escolar esté a más de 2 km. del Centro Educativo
4. Que no existiendo plaza en el Centro Educativo que le correspondiera por zona de influencia, haya sido enviado/a a este Centro por la Comisión de Escolarización y además se cumpla con el requisito nº. 1

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.



**Gobierno
de Canarias**

Consejería de Educación,
Cultura y Deportes
Dirección General
de Promoción Educativa

**SOLICITUD TRANSPORTE ESCOLAR
EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CENTRO ESCOLAR: <input type="text"/>		CURSO ESCOLAR: <input type="text"/>
CICLO: <input type="text"/>		NIVEL: <input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/>		D.N.I.: <input type="text"/>
DOMICILIO DURANTE EL CURSO ESCOLAR:		
Municipio: <input type="text"/>		Barrio: <input type="text"/>
Calle: <input type="text"/>	Nº: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>
DISTANCIA EN Km. desde el domicilio hasta el Centro Escolar: <input type="text"/>		
ENVIADO A ESTE CENTRO POR LA COMISION DE ESCOLARIZACION (Marcar con una cruz en caso afirmativo)		
Indicar si fuera necesario realizar algún trasbordo: <input type="text"/>		
Solicita el Transporte Escolar en la RUTA Nº <input type="text"/> PARADA <input type="text"/>		
En <input type="text"/> a <input type="text"/> de <input type="text"/> del año 200 <input type="text"/>		
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: <input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
El/la directora/a		
Fdo.:		

Para acceder a la gratuidad del Servicio de Transporte Escolar, es necesario reunir los siguientes requisitos:

1. Estar matriculado/a en Educación Secundaria Obligatoria, 1º, 2º, 3º o 4º curso.
2. Que el domicilio durante el Curso Escolar esté a más de 2 km. del Centro Educativo si se estudia 1º ó 2º de ESO, o a más de 5 Km, si se estudia 3º ó 4º de ESO.
3. Que pertenezca a la zona de influencia del Centro.
4. Que no existiendo plaza en el Centro Educativo de ESO más cercano al domicilio, sea enviado/a a otro Centro por la Comisión de Escolarización y además se cumpla con los requisitos 1 y 2.

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.