

FICHA DE PRE-INSCRIPCIÓN OCIO PROGRAMADO

Solicitud de Participación Actividades de ocio fin de semana

PROGRAMA ACTIVIDADES 2023

Datos personales:

Apellidos			Nombre		
Edad		Fecha nacimiento		Sexo	
Correo electrónico					
Domicilio				Localidad	
C.P.		Teléfono		casa	
Otro contacto en caso de urgencia, si no se puede contactar con los padres				móvil	
Nombre		Teléfono		trabajo	
Nombre padre			madre		

Procedencia:

Colegio , Centro o empleo				
Dirección			Municipio	

Características personales:

¿Tiene algún tipo de discapacidad?		SI		NO	
Grado de discapacidad		%			
Tipo de discapacidad (marcar con una X en las que corresponda)					
Física		Intelectual o del desarrollo		Sensorial	
					Mixta
Observaciones					
Necesita silla de ruedas		si		no	
Precisa medicación		si		no	

Otros Datos:

¿Precisa medicación y/o tratamiento específico?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Marque lo que proceda)			
En caso AFIRMATIVO, cumplimente el siguiente cuadro:			
MEDICAMENTOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE

• **Otras Especificaciones:**

GRUPO SANGUINEO:

Tiene la vacuna antitetánica..... Fecha..... /..... /.....

¿Padece enfermedad infecto-contagiosa?.....

Sufre convulsiones..... De qué clase..... Ataques.....

Ausencias:.....Son controladas con medicación:.....

¿Es alérgico a algún medicamento? ¿A cuál?

¿Sufre asma?..... ¿Se mareará con facilidad?.....

¿Utiliza gafas?..... ¿Utiliza audífono?.....

OBSERVACIONES:.....

.....

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Coloque una cruz en la casilla correspondiente, y amplíe todo lo que pueda ayudar al equipo de monitores a conocer y tratar bien a su hijo desde el primer momento.

APELLIDOS		NOMBRE		EDAD	
¿Tiene alguna alergia?	<input type="checkbox"/>	¿A qué?			
¿Actualmente sigue algún tipo de tratamiento?	<input type="checkbox"/>	Señalarlo en la autorización de padres			

COMIDA-BEBIDA	SI	NO	OBSERVACIONES
Necesita beber mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas al tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiene alergia a algún alimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bebidas/comidas contraindicadas (chuches, coca-cola, frutos secos....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sigue algún tipo de dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Qué alimentos le gustan			
Qué alimentos le disgustan			

MOVILIDAD	SI	NO	OBSERVACIONES
Anda solo			
Anda solo con dificultad			
Necesita apoyo continuo			
Utiliza silla de ruedas			

CONTROL ESFÍNTERES	SI	NO	OBSERVACIONES
Total, día y noche			
Tiene programa para aprender			

ASEO Y ROPA	SI	NO	OBSERVACIONES
Pequeña ayuda al lavarse y vestirse			
Ayuda física para todo			
Conoce y cuida sus cosas			

LENGUAJE	SI	NO	OBSERVACIONES
Tiene lenguaje oral			
Muy escaso o poco claro			
Entiende y habla frases cortas			
Se expresa y entiende bien			
Utiliza un sistema alternativo de comunicación			

RELACIÓN CON OTROS	SI	NO	OBSERVACIONES
Tímido y callado			
Se enfada fácilmente			
¿Tiene plan de apoyo conductual?			
Cariñoso, habla y juega con todos			
A veces se escapa			

--	--	--	--

AFICIONES Y GUSTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Juegos de pelota			
Música y baile			
Andar y excursiones			
Asistir a espectáculos de calle o en lugares cerrados			
Actividades que más le gusta hacer			
¿Sabe nadar?			

OTROS DATOS DE INTERÉS: Rutinas, costumbres, relación con adultos, miedos, etc. que crea de interés resaltar para su mejor adaptación al grupo de ocio. Este apartado es importante porque nos ayudará a acompañar y apoyar a tu hijo/a mejor.

No olvides adjuntar informes, planes de conducta, fichas personales del centro de referencia que sirvan para ampliar información para diseñar la atención

En, a de de

Fdo.: D./Dña. _____

Padre, Madre o Curador

AUTORIZACIÓN

D./Dña. _____, con DNI nº _____,
Como (*indicar si es: padre, madre, tutor o representante legal*) _____
de _____

AUTORIZO

A mi hijo/a o tutelado/a _____ a
que participe en las actividades de Ocio de Fin de Semana Programadas para 2023.

Hago constar explícitamente, que me someto al régimen del mismo y hago expresa delegación de mi potestad sobre esta persona a favor del personal dirigente, dando mi conformidad al texto siguiente.

En consecuencia, el Ayuntamiento de Majadahonda y Plena Inclusión Madrid no serán responsables de los perjuicios devenidos a mi hijo/a (tutelado/a), siempre que se cumplan las especificaciones médicas que figuran en los datos indicados en la ficha cumplimentada.

En caso de urgencia médica, y siempre que no hayan podido contactar conmigo, autorizo al responsable del turno a que tome la medida más oportuna.

En, a de de

Fdo.: D./Dña. _____

Padre, Madre o Curador

Siguiendo los principios de licitud, lealtad y transparencia, ponemos a su disposición la presente tabla informándole del tratamiento de los datos personales que se dispone a proporcionarnos:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Plena Inclusión Madrid / G28729853 / Avda. Ciudad de Barcelona 108. Esc. 2 Bajo D. 28007. Madrid / dpo@plenamadrid.org / 91 507 83 35
Finalidad principal	Servicio de ocio programado dirigido a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo del Ayuntamiento de Majadahonda
Derechos	Acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad http://plenainclusionmadrid.org/ o escribiendo al correo electrónico dpo@plenamadrid.org . También puede solicitarla en formato papel en nuestras instalaciones.

- Autorizo al envío de comunicaciones informativas relativas a las actividades, productos o servicios por correo postal, fax, correo electrónico o cualquier otro medio electrónico equivalente.
- Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.

En, a de de

Fdo.: D./Dña. _____

Padre, Madre o Curador