

FICHA DE PRE-INSCRIPCIÓN

Señale por orden de prioridad, hasta tres turnos, el Campamento Urbano que solicita. Indique con el número “1” el turno solicitado como primera opción y con un “2” y un “3” las siguientes opciones.

Se tratará de dar respuesta al turno planteado como primera opción. No obstante, se solicitan 2 opciones más por si en la primera opción no hubiese plazas.

Prioridad	Turno
	Turno 1: Del 27 al 31 de julio. Campamento urbano. Parque deportivo Puerta de Hierro. Ctra. de La Coruña, Km 7, 28040 Madrid
	Turno 2: Del 3 al 7 de agosto. Campamento urbano. Parque deportivo Puerta de Hierro. Ctra. de La Coruña, Km 7, 28040 Madrid
	Turno 3: Del 10 al 14 de agosto. Campamento urbano. Parque deportivo Puerta de Hierro. Ctra. de La Coruña, Km 7, 28040 Madrid.
	Turno 4: Del 17 al 21 de agosto Campamento urbano. Parque deportivo Puerta de Hierro. Ctra. de La Coruña, Km 7, 28040 Madrid
	Turno 5: Del 24 al 28 de agosto. Campamento urbano. Parque deportivo Puerta de Hierro. Ctra. de La Coruña, Km 7, 28040 Madrid
	Turno 6: Del 31 de agosto al 4 de septiembre. Campamento urbano. Parque deportivo Puerta de Hierro. Ctra. de La Coruña, Km 7, 28040 Madrid

Datos personales:

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

Procedencia:

Centro donde está escolarizado			
Dirección		Municipio o Distrito	

Características personales:

Grado de discapacidad		%	
Tipo de discapacidad (marcar con una X en las que corresponda)			
Física		Psíquica	
		Sensorial	
			Mixta
Observaciones			
Necesita silla de ruedas		si	no
Precisa medicación		si	no

Otros datos:

¿Precisa medicación y/o tratamiento específico?:				SI	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 marea con facilidad?.....

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

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

El abajo firmante declara bajo su responsabilidad que todos los datos facilitados son veraces.

Fecha:

Firma:

(Firmará el padre, la madre, el tutor o representante legal)

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS PERSONALES

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

APELLIDOS		NOMBRE		EDAD	
¿Tiene alguna alergia?		¿A qué?			
¿Actualmente sigue algún tipo de tratamiento?		Señalarlo en la autorización de padres			

COMIDA-BEBIDA	SI	NO	OBSERVACIONES
Necesita beber mucho			
Problemas al tragar			
Tiene alergia a algún alimento			
Bebidas/comidas contraindicadas (chuches, coca-cola, frutos secos....)			
Sigue algún tipo de dieta			
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			
¿Sabe nadar?			
Asistir a espectáculos de calle o en lugares cerrados			
Actividades que más le gusta hacer			

EXPERIENCIA EN CAMPAMENTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Con el colegio			
Con otra entidad (señalar cual)			
Le gustó			

OTROS DATOS DE INTERÉS: Rutinas, costumbres, relación con adultos, miedos, etc. que crea de interés resaltar para su mejor adaptación al campamento urbano. No olvide adjuntar informes, planes de conducta, fichas personales del centro de referencia que sirvan para ampliar información para diseñar la atención.

El abajo firmante declara bajo su responsabilidad que todos los datos facilitados son veraces.

Fecha:

Firma:

(Firmará el padre, la madre, el tutor o representante legal)

AUTORIZACIÓN

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

AUTORIZO

A mi hijo/a /tutelado/a _____ a
que participe en el Campamento de Verano para niños y jóvenes con discapacidad
del (*señalar el que proceda*):

- 27 al 31 de julio
- 3 al 7 de agosto
- 10 al 14 de agosto
- 17 al 21 de agosto
- 24 al 28 de agosto
- 31 de agosto al 4 de septiembre

organizado por Plena Inclusión Madrid y que se realizará en:

Parque deportivo Puerta de Hierro

**Ctra. de La Coruña, Km 7,
28040 Madrid**

Plena Inclusión Madrid no será responsable de los perjuicios devenidos a mi hijo/a
(tutelado/a pupilo/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 2020.

Firma:

(*Firmará el padre, la madre, el tutor o representante legal*)

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 CONFORME AL NUEVO REGLAMENTO EUROPEO	
Responsable	Plena Inclusión Madrid / G28729853 / Avda. Ciudad de Barcelona 108, Esc. 2, Bajo D, 28007 Madrid / dpo@plenamadrid.org/ 915018335
Finalidad principal	Gestionar la Participación en el Campamento de Verano para Jóvenes con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo del Ayuntamiento de Madrid
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 el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra Política de Privacidad en www.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

Madrid, _____ de _____ de 2020

Firmado D. / Dña. _____

Padre, madre, tutor/a o representante legal