

## FICHA DE PRE-INSCRIPCIÓN OCIO PROGRAMADO

### Solicitud de Participación Actividades de ocio fin de semana

### PROGRAMA ACTIVIDADES 2025

#### 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?:  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 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?		¿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			

<b>MOVILIDAD</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Anda solo			
Anda solo con dificultad			
Necesita apoyo continuo			
Utiliza silla de ruedas			

<b>CONTROL ESFÍNTERES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Total, día y noche			
Tiene programa para aprender			

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

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

<b>RELACIÓN CON OTROS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
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 2025.

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:

<b>INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS</b>	
<b>Responsable</b>	Plena Inclusión Madrid / G28729853 / Avda. Ciudad de Barcelona 108. Esc. 2 Bajo D. 28007. Madrid / <a href="mailto:dpo@plenamadrid.org">dpo@plenamadrid.org</a> / 91 507 83 35
<b>Finalidad principal</b>	Servicio de ocio programado dirigido a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo del Ayuntamiento de Majadahonda
<b>Derechos</b>	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.
<b>Información adicional</b>	Puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad <a href="http://plenainclusionmadrid.org/">http://plenainclusionmadrid.org/</a> o escribiendo al correo electrónico <a href="mailto:dpo@plenamadrid.org">dpo@plenamadrid.org</a> . 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