

FICHA DE PREINSCRIPCIÓN

Datos del participante

Nombre y apellidos _____

Dirección _____ C.P. _____

D.N.I.: _____ Tlfn. _____ Móvil _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Mail _____

Centro al que acude

Datos del representante legal

☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor

Nombre y apellidos _____

Tlfn. _____ Móvil _____

Mail _____

Señale los turnos
de vacaciones en los
que desea participar

Si no sale mi turno me gustaría
participar en

PAGO

Fraccionado: ☐ Sí ☐ No

Forma de pago: domiciliación en
cuenta bancaria.

La domiciliación se realizará en el número de cuenta de su titularidad en el que haya domiciliado el pago de la cuota de asociado de ASPRONA. Con esta finalidad, el interesado AUTORIZA a Asprona para facilitar a FUNDACIÓN PERSONAS el nº de cuenta para el pago de estos gastos.

Nombre y apellidos del asociado: _____

FIRMA

En la confirmación de plaza indicaremos cuándo se cargará el dinero en cuenta. Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar en su cuenta, y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. La Orden de domiciliación deberá ir firmada por el titular de la cuenta de cargo o por persona autorizada en la misma.

JUNIO			
☐	MALPARTIDA (Cáceres)	+ 18 años	15 y 16 junio
JULIO			
☐	B CALA DE FINESTRAT (Alicante)	- 35 años	1 al 8 julio
☐	H CALA DE FINESTRAT (Alicante)	+ 35 años	1 al 8 julio
☐	A MALGRAT DE MAR (Barcelona)	- 35 años	14 al 21 julio
☐	G MALGRAT DE MAR (Barcelona)	+ 35 años	14 al 21 julio
☐	C CALA DE FINESTRAT (Alicante)	- 35 años	1 al 8 julio
☐	F CALA DE FINESTRAT (Alicante)	+ 35 años	1 al 8 julio
☐	K LEDESMA (Salamanca)	- 35 años	23 al 29 julio
☐	L LEDESMA (Salamanca)	+ 40 años	23 al 29 julio
☐	M LEDESMA (Salamanca)	+ 40 años	23 al 29 julio
AGOSTO			
☐	J MALGRAT DE MAR (Barcelona)	+ 35 años	4 al 11 agosto

VACACIONES 2024

AUTORIZACIÓN FAMILIAR

HAN SOLICITADO a FUNDACIÓN PERSONAS (G47627906): La inscripción en el Servicio de Ocio que promueve esta Fundación, y que tiene su sede en la C/ Expósitos, núm. 4, bajo, de Valladolid, para la participación del Usuario/a en las actividades de ocio que forman parte del Programa de Vacaciones previsto para la temporada 2024.

Indicar el turno en el que desea participar.

CONOCEN que:

- En desarrollo de su objeto social no exclusivo, FUNDACIÓN PERSONAS fomenta y gestiona la creación y establecimiento de Centros y Servicios de atención a personas con discapacidad intelectual, destinados a que los Usuarios reciban las atenciones adecuadas, a colaborar con sus familias, promoviendo toda clase de acciones tendentes a la plena integración social de los mismos.
- Asimismo, en el desarrollo de los fines propios del Servicio de Ocio, FUNDACIÓN PERSONAS programa para el año 2024 una Campaña de Vacaciones para la realización de viajes a diferentes destinos, incluyendo el transporte hasta el lugar designado, con alojamiento en instalaciones, que reúnen las condiciones adecuadas para la atención de personas con discapacidad intelectual. **La Campaña incluye la realización de actividades que fomentan la integración social de los participantes.**
- Es preciso facilitar a FUNDACIÓN PERSONAS toda la información y **los datos sobre el estado de salud del Usuario/a** que sean necesarios para su atención, así como aportar la documentación, objetos personales y la colaboración necesaria para mejorar las atenciones que precise.
- Si el Usuario/a inscrito/a en el Servicio de Ocio recibe atención en cualquier otro Centro o Servicio de la Entidad, se utilizará la información disponible por ésta (personal, sanitaria, social o de cualquier otra índole), para su mejor atención.
- Teniendo en cuenta que las actividades programadas por el Servicio son intrínsecas a los objetivos perseguidos con la inscripción del Usuario/a en el mismo, y en cualquiera de sus opciones,

El/la Usuario/a -y en su caso, el/la Prestador/a de apoyos **AUTORIZA:**

- **Su participación en las mismas, acepta las condiciones establecidas por la Entidad para su desarrollo y gestión**, incluido el tratamiento de los datos sanitarios (apartado anterior) y asume las responsabilidades que se deriven de los sucesos fortuitos que acontezcan en su ejecución, teniendo en cuenta que deberá ser informado con suficiente antelación de la celebración de tales actividades. En el caso de no mostrarse conforme con la realización de alguna actividad concreta por parte del Usuario/a, **COMUNICARÁ** a FUNDACIÓN PERSONAS la revocación de esta autorización para ese caso concreto, siempre con antelación suficiente al inicio de la actividad.
- La administración de los medicamentos que bajo prescripción médica sea preciso facilitar al Usuario/a durante la realización de las actividades propias del Programa de Vacaciones en el que se halla inscrito/a. A estos efectos, además de la obligación ya referida de aportar a FUNDACIÓN PERSONAS toda la información relativa a su estado de salud y necesidades, será necesario aportar al Servicio el detalle del **tratamiento firmado por su médico de cabecera**: con la correspondiente medicación y las pautas de administración, y las posibles reacciones o alergias para la actualización de la ficha de medicación.
- Que, en caso de enfermedad o accidente, FUNDACIÓN PERSONAS y el personal que ésta haya designado para la atención directa del Usuario/a, tome las decisiones de urgencia (médicas, quirúrgicas o de hospitalización), y comunique los datos sanitarios que resulten necesarias para la protección de su salud y bienestar.
- Que, en caso de incidencias graves durante el desarrollo de la Campaña (hospitalización, alteraciones de conducta, modificaciones sobrevenidas en las circunstancias personales del participante, etc.), la familia y/o tutor serán informados a la mayor brevedad para que, una vez resueltas las situaciones de urgencia, acudan al lugar donde se encuentre el

participante para procurarle la atención y los cuidados personales necesarios a fin de garantizar su salud y bienestar, incluyendo –si procede, según la valoración de los equipos técnicos de la Entidad–, la finalización anticipada del viaje.

TRATAMIENTO DE LA IMAGEN/VOZ PERSONAL

AUTORIZO: (marque con un x) ☐ Sí ☐ No

El tratamiento de la imagen/voz del Usuario/a, y su reproducción en cualquier soporte (fotográfico, audiovisual, internet, etc.) siempre que este uso esté relacionado con la promoción de los valores propios de la Entidad y bajo la premisa del respeto a la dignidad del colectivo de personas con discapacidad.

INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

(en cumplimiento del Reglamento (UE) 679/2016, de 27 de abril, (RGPD) y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales. (LOPDGDD)

Responsable: FUNDACIÓN PERSONAS. C/ Pilar Miró, 1 (47008) Valladolid. Tlfno Servicio de Ocio: 983 338 811. Mail: ocio.valladolid@fundacionpersonas.es. Contacto Delegado de Protección de Datos (DPD): protecciondatos@fundacionpersonas.es

Finalidad: la prestación y gestión del servicio solicitado: participación del Usuario/a en las salidas vacacionales que promueve el servicio de Ocio de Fundación Personas (Valladolid).

Legitimación: la ejecución de la relación contractual. La participación del Usuario/a implica la necesidad de tratar datos relativos a su salud para poder

prestarle la atención adecuada [RGPD: art. 6.1b), art. 9.2a) y art. 9.2h)]

El consentimiento es la base legitimadora para tratar la imagen del usuario/a con la finalidad de visibilizar al colectivo de la discapacidad y promover los valores de la Entidad. [RGPD: art. 6.1a)]

Conservación. Datos sanitarios: Una vez finalizada la campaña vacacional, los datos sanitarios se conservarán durante un año. Después se conservarán bloqueados durante tres años hasta proceder finalmente a su destrucción.

Datos identificativos: Las fichas de Inscripción se conservarán durante cinco años. Posteriormente, estos datos se conservarán bloqueados durante un periodo de tres años hasta proceder finalmente a su destrucción.

Destinatarios: los datos identificativos y datos sobre necesidades alimentarias se comunican a la Agencia de Viajes para el correcto diseño de los menús. Los datos identificativos se comunican al Ayuntamiento de Valladolid para la solicitud de subvenciones.

Derechos: para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación o supresión, limitación, oposición a los tratamientos y portabilidad en los términos de los artículos 15 a 22 RGPD, deberá remitir solicitud al Responsable del Tratamiento, en la que hará constar su identidad (DNI o documento equivalente) o realizar previamente consulta telefónica en la que se le facilitará toda la información que precise al respeto, incluidos modelos de solicitud.

Puede dirigirse a la Agencia española de Protección de Datos, especialmente cuando no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos: <https://www.aepd.es/>.

En Valladolid, a _____ de _____ de 2024

El/La usuario/a

El/La prestador/a de apoyos

Por Fundación Personas

Fdo _____

Fdo _____

M.^a Eugenia del Olmo Prieto




FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL

Nombre y apellidos _____

Nº de teléfono en el que quieren que la organización se comunice para las actividades _____

Apoyos técnicos

Silla de ruedas ☐ Sí ☐ No ¿es eléctrica? ☐ Sí ☐ No | Gafas ☐ Sí ☐ No | Audífonos ☐ Sí ☐ No

Otros _____

Datos Médicos

¿Sigue algún tratamiento? ☐ Sí ☐ No
¿Se administra solo/a su propia medicación? ☐ Sí ☐ No
¿Sufre alteraciones motoras? ☐ Sí ☐ No
¿Es alérgico a algo? ☐ Sí ☐ No

¿Suele padecer ataques, ausencias? ☐ Sí ☐ No
¿Cómo hay que actuar? _____

Higiene y autonomía personal

Se viste solo ☐ Sí ☐ No | Se lava solo ☐ Sí ☐ No
Se ducha solo ☐ Sí ☐ No | Se afeita solo ☐ Sí ☐ No
Se lava los dientes solo ☐ Sí ☐ No
Conoce su ropa ☐ Sí ☐ No
Es capaz de controlar los cambios diarios de ropa ☐ Sí ☐ No
Va al baño solo ☐ Sí ☐ No | Se orina en la cama ☐ Sí ☐ No
Utiliza algún tipo de ayuda técnica o cuidado especial (pañal, sonda, conejo ...) ☐ Sí ☐ No
¿Cuál? _____

Observaciones, cuidados especiales

Carácter

¿Se asusta fácilmente? ☐ Sí ☐ No
¿Tiene momentos de agresividad? ☐ Sí ☐ No
¿Cómo se calma? _____

¿Presenta conductas autolesivas? ☐ Sí ☐ No
¿Tiene alguna manía? ☐ Sí ☐ No
¿Cuál? _____

¿Sufre insomnio? ☐ Sí ☐ No
¿Cómo duerme? _____

Sociabilidad

¿Puede salir solo, sin monitor? ☐ Sí ☐ No
¿Sale habitualmente en grupo? ☐ Sí ☐ No
¿Sabe manejar dinero solo? ☐ Sí ☐ No
¿Sabe desplazarse por la ciudad solo? ☐ Sí ☐ No
¿Es abierto y comunicativo? ☐ Sí ☐ No
¿Se comporta bien en grupo? ☐ Sí ☐ No
¿Fuma? ☐ Sí ☐ No

Alimentación

¿Come de todo? ☐ Sí ☐ No
¿Tiene alguna manía en la comida o le sienta algo mal? ☐ Sí ☐ No
¿Necesita un régimen especial? ☐ Sí ☐ No
¿Qué? _____ (adjuntar copia)
¿Necesita apoyo en las comidas, como partir la comida o darle de beber? ☐ Sí ☐ No
¿Puede tomar bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No

Como Familiar o representante Legal, declaro que: con la firma de este documento y en su caso adjuntos, facilito la información necesaria, para la participación de mi hijo/a o tutelado, en las actividades del servicio de ocio de Fundación Personas.

Firma

Nombre _____

En Valladolid, a ____ de ____ de 2024

Pega tu foto

Diversiones

¿Sabe nadar? ☐ Sí ☐ No
¿Tiene miedo al agua? ☐ Sí ☐ No
¿Utiliza flotador? ☐ Sí ☐ No

Comunicación

¿Tiene dificultades de expresión verbal? ☐ Sí ☐ No
¿Sabe leer? ☐ Sí ☐ No
¿Sabe escribir? ☐ Sí ☐ No
¿Utiliza algún sistema alternativo de comunicación? ☐ Sí ☐ No