

FICHA DE PREINSCRIPCIÓN

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre y apellidos _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

DNI _____ Tlfns: _____

Fecha de nacimiento: _____ Mail _____

CENTRO AL QUE ACUDE

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

☐ PADRE ☐ MADRE ☐ HMNO/A ☐ TUTOR

Nombre y apellidos _____

Tlfn: _____ Otros Tlfns _____

Mail _____

SEÑALE LOS TURNOS EN LOS QUE DESEAS PARTICIPAR indicando con un número el orden de preferencia 1, 2, 3...

QUIERO PARTICIPAR EN
MÁS DE 1 TURNO
(sólo en el caso de que hubiera plaza)

☐ Sí ☐ No

PAGO FRACCIONADO

☐ Sí ☐ No

Forma de pago: domiciliación en cuenta bancaria.

La domiciliación se Realizará en el número de cuenta de su titularidad en 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.

MES	DESTINO	EDAD	NIVEL DE APOYO	MONITOR RATIO	FECHAS	PRECIO POR PERSONA	ME INSCRIBO A
JUNIO	O GIJÓN-OVIEDO	+ 18 años	INTERMITENTE Y LIMITADO	1/5-6	7-8	270€	☐
JULIO	B CALA DE FINESTRAT (Alicante)	- 35 años	INTERMITENTE Y LIMITADO	1/5-6	1-8	970€	☐
	H CALA DE FINESTRAT (Alicante)	+ 35 años	INTERMITENTE Y LIMITADO	1/5-6	1-8	970€	☐
	A LA LÍNEA DE LA CONCEPCIÓN (Cádiz)	- 35 años	INTERMITENTE Y LIMITADO	1/5	12-19	970€	☐
	G LA LÍNEA DE LA CONCEPCIÓN (Cádiz)	+ 35 años	INTERMITENTE Y LIMITADO	1/5	12-19	970€	☐
	C CALA DE FINESTRAT (Alicante)	- 35 años	EXTENSO Y GENERALIZADO	1/2-3	1-8	1100€	☐
	F CALA DE FINESTRAT (Alicante)	+ 35 años	EXTENSO Y GENERALIZADO	1/2-3	1-8	1100€	☐
	V BALNEARIO DE LEDESMA (Salamanca)	+ 35 años	EXTENSO Y GENERALIZADO	1/2-3	23-29	1020€	☐
AUGOSTO	L BALNEARIO DE LEDESMA (Salamanca)	+ 35 años	EXTENSO Y GENERALIZADO	1/2-3	23-29	1020€	☐
	M BALNEARIO DE LEDESMA (Salamanca)	- 35 años	EXTENSO Y GENERALIZADO	1/2-3	23-29	1020€	☐
	J LLORET DE MAR (Gerona)	+ 35 años	INTERMITENTE Y LIMITADO	1/7-8	3-10	1060€	☐

Nombre y apellidos del asociado de Asprona:

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 en 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 la personas autorizada en la misma.

AUTORIZACIÓN FAMILIAR

HAN SOLICITADO a FUNDACIÓN PERSONAS (47627906):

• 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 2025.

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 2025 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/N:

- **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

El tratamiento de la imagen/voz del Usuario/a, a través de fotografías o vídeos, para dar a conocer las actividades realizadas, visibilizando al colectivo de la discapacidad y bajo la premisa del respeto a su dignidad promocionando los valores de la Fundación.

AUTORIZO

☐

Sí

☐

No

La difusión de datos de imagen/voz a través de internet (redes sociales, etc.) o cualquier otro medio de difusión universal e indiscriminado supone una comunicación de datos a terceros que habrá de contemplarse al otorgar el consentimiento.

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 Teléfono 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. El tratamiento de datos relativos a la salud es necesario para la prestación del servicio dada su naturaleza [RGPD: art. 9.2h) y art. 6.1b)]
	El consentimiento es la base legitimadora para tratar la imagen del usuario/a con la finalidad de dar a conocer las actividades realizadas, visibilizando al colectivo de la discapacidad y promocionando 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. Las imágenes: se conservarán hasta la siguiente temporada, salvo revocación del interesado. Dicha revocación, no afectará a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a la retirada y a la difusión previamente realizada.
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. Los datos relativos a la salud se comunicarán, en su caso, al servicio sanitario en caso de enfermedad o accidente.
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 cuanto no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos https://www.aepd.es/ .

EL USUARIO/A

EL PRESTADOR/A DE APOYOS

POR FUNDACIÓN PERSONAS
ASPRONA VALLADOLID

FDO:

FDO:



FDO: Mª EUGENIA DEL OLMO PRIETO

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL

Nombre y apellidos _____

Tlf n en qu e quieren que la organizaci3n se comunique para las actividades _____

APOYOS T3CNICOS

Utilizo silla de ruedas ☐ ¿es el3ctrica? SI ☐ NO ☐ Tengo gafas ☐ Tengo aud3fonos ☐

DATOS M3DICOS

¿Sigue alg3n tratamiento?..... SI ☐ NO ☐
¿Se administra su propia medicaci3n?..... SI ☐ NO ☐
¿Sufre alteraciones motoras?..... SI ☐ NO ☐
¿Es al3rgico a algo?..... SI ☐ NO ☐

¿Suele padecer ataques o ausencias?..... SI ☐ NO ☐
¿C3mo hay que actuar? _____

HIGIENE Y AUTONOM3A PERSONAL

¿Se viste solo?..... SI ☐ NO ☐ APOYO ☐
¿Se lava solo?..... SI ☐ NO ☐ APOYO ☐
¿Se afeita solo?..... SI ☐ NO ☐ APOYO ☐
¿Se ducha solo?..... SI ☐ NO ☐ APOYO ☐
¿Se lava los dientes solo?..... SI ☐ NO ☐ APOYO ☐
¿Conoce su ropa?..... SI ☐ NO ☐ APOYO ☐
¿Controla los cambios de ropa?..... SI ☐ NO ☐ APOYO ☐
¿Va al ba1o solo?..... SI ☐ NO ☐ APOYO ☐
¿Se orina en la cama?..... SI ☐ NO ☐
¿Utiliza pa1al, sonda, conejo?..... SI ☐ NO ☐

SOCIABILIDAD

¿Puede salir solo sin monitor?..... SI ☐ NO ☐
¿Maneja dinero s3lo?..... SI ☐ NO ☐ APOYO ☐
¿Es abierto, comunicativo?..... SI ☐ NO ☐
¿Se comporta bien en grupo?..... SI ☐ NO ☐
¿Fuma?..... SI ☐ NO ☐
¿Puede tomar bebidas alcoh3licas?..... SI ☐ NO ☐

CAR3CTER

¿Se asusta f3cilmente?..... SI ☐ NO ☐
¿Tiene momentos de agresividad. SI ☐ NO ☐
¿C3mo se calma? _____

¿Presenta conductas autolesivas?..... SI ☐ NO ☐
¿C3mo se calma? _____

¿C3mo duerme? _____

DIVERSIONES

¿Sabe nadar?..... SI ☐ NO ☐
¿Tiene miedo al agua?..... SI ☐ NO ☐
¿Utiliza flotador?..... SI ☐ NO ☐

COMUNICACI3N

¿Tiene dificultades de expresi3n verbal?..... SI ☐ NO ☐
¿Sabel leer?..... SI ☐ NO ☐
¿Sabe escribir?..... SI ☐ NO ☐
¿Utiliza alg3n sistema alternativo de comunicaci3n?..... SI ☐ NO ☐
¿Cu3l? _____

ALIMENTACI3N

¿Come de todo?..... SI ☐ NO ☐
¿Tiene alguna man3a en la comida o le sienta algo mal?..... SI ☐ NO ☐
¿Cu3l? _____
¿Necesita alg3n r3gimen especial?..... SI ☐ NO ☐
¿Cu3l? _____
¿Necesita apoyo al partir la comida o darle de beber?..... SI ☐ NO ☐

Pega tu foto

OBSERVACIONES, CUIDADOS ESPECIALES

Como familiar o representante Legal, declaro que: con la firma de este documento y en su caso adjuntos, facilito la informaci3n necesaria, para la participaci3n de mi hijo/a o tutelado, en el programa de vacaciones que organiza el Servicio de Ocio de Fundaci3n Personas.

FIRMA



Nombre : _____

En Valladolid a _____ de _____

de 2025