

**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 \_\_\_\_\_

**SEÑALA LAS ACTIVIDADES A LAS QUE QUIERES INSCRIBIRTE**

**Tardes y fines de semana**

☐ Sala bar

**Actividades por las mañanas**

☐ Ed. de adultos  
☐ Cocina  
☐ Estimulación cognitiva  
☐ Manualidades  
☐ Informática

**Educación de adultos**

**Nivel**

☐ I ☐ II ☐ III

**Talleres semanales**

☐ Estimulación cognitiva  
☐ Fotografía  
☐ Informática  
☐ Cocina  
☐ Manualidades  
☐ Clases de baile y flamenco  
☐ Zumba/tiktok  
☐ Zumba/tiktok

**Talleres quincenales**

☐ Costura creativa  
☐ Arteterapia  
☐ Origami/papiroflexia  
☐ Club de lectura

**Pandillas**

☐ Quiero cambiar de pandilla

**Semanales**

☐ Viernes  
☐ Sábados  
☐ Domingos

**Quincenales**

☐ Sábado (niños)  
☐ Vermut  
☐ Búho

**Teatro**

**TOTAL A PAGAR**

\_\_\_\_\_ €

**FIRMA** 

☐ Cargo en la misma cuenta bancaria de la temporada pasada.

☐ Cuenta bancario donde el deportista figure como titular (el recibo irá a nombre del deportista)

Entidad bancaria: \_\_\_\_\_

| IBAN | IBAN | IBAN | DC | NÚMERO DE CUENTA |
|------|------|------|----|------------------|
| E S  |      |      |    |                  |

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 ASPRONA FUNDACIÓN PERSONAS (G47627906):

La inscripción en el Servicio de Ocio que promueve esta entidad, y que tiene su sede en la C/Expósitos, núm. 4, bajo, de Valladolid, para la participación en las actividades de deportes que forman parte del Programa previsto para la temporada 2025/2026.

Señalar en las que está apuntado y participa:

## CONOCEN que:

En desarrollo de su objeto social no exclusivo, ASPRONA 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 y 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 en el que se halla inscrito, ASPRONA FUNDACIÓN PERSONAS programa para esta temporada 2025/2026 un conjunto de actividades que pueden ser desarrolladas en la sede del Servicio, en la Ciudad de Valladolid, en la Comunidad Autónoma de Castilla León, o en cualquier otro destino fijado al efecto.

Es necesario facilitar a ASPRONA FUNDACIÓN PERSONAS toda la información que tengan disponible sobre el estado de salud y necesidades del participante, aportar la documentación y bienes personales necesarios para su atención, así como prestar 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.

La inscripción en la/s actividad/es se refiere a la temporada completa y periodicidad del pago por la participación en la/s misma/s es mensual, autorizando el Usuario/a y/o su Prestador de Apoyos los cargos correspondientes a la temporada completa en el número de cuenta bancaria de su titularidad facilitado en la inscripción.

La falta de asistencia o participación del Usuario/a en la/s actividad/es seleccionada/s, no supondrá la anulación de la inscripción, ni la suspensión o extinción de la obligación de pago de las cuotas correspondientes, ni dará derecho a la devolución de ninguna cantidad.

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 participante, o en su caso el Prestador de Apoyos AUTORIZAN:

Su participación en las mismas, acepta las condiciones y normas establecidas por la Entidad para su desarrollo y gestión, 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 participante, COMUNICARÁ a ASPRONA 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 participante durante la realización de las actividades propias del Servicio de Ocio en el que se halla inscrito/a. A estos efectos, además de la obligación ya referida de aportar a ASPRONA FUNDACIÓN PERSONAS toda la información relativa a su estado de salud y necesidades, será necesario aportar al Servicio el detalle del tratamiento a seguir, la correspondiente medicación, las pautas de administración y las posibles reacciones o alergias.

Las personas que presenten alteraciones de conducta y/o agresión hacia los compañeros y que alteren el desarrollo de la actividad no podrán participar en las actividades de ocio.

En el caso en que la alteración se produzca durante el desarrollo de una actividad, la familia y/o el Prestador de Apoyos serán informados a la mayor brevedad posible para que acudan al lugar donde se encuentre el participante y se hagan cargo de él. Para estos supuestos se suspenderá temporalmente la participación del Usuario/a en las actividades de ocio hasta que su conducta se normalice.

Que, en caso de enfermedad o accidente, ASPRONA FUNDACIÓN PERSONAS o el personal que ésta haya designado para la atención directa del Usuario/a, tome las decisiones de urgencia (médicas, quirúrgicas o de hospitalización), que resulten necesarias para la protección de su salud y bienestar.

## SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA IMAGEN PERSONAL

AUTORIZO: (marque con un x) SI ☐ NO ☐

El tratamiento de la imagen del Usuario/a, y su reproducción en cualquier soporte (fotográfico, audiovisual, internet, etc.), siempre que este uso esté relacionado con la promoción de las actividades y los valores del Club, 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) 2016/679, relativo a la protección de datos personales de las personas físicas (RGPD)* y de la *Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de los derechos digitales (LOPD)*.

**Responsable:** FUNDACIÓN PERSONAS. C/ Pilar Miró, 1 (47008) Valladolid  
Contacto telefónico: 983 225 125  
Delegado de Protección de Datos (DPD): [protecciondatos@fundacionpersonas.es](mailto:protecciondatos@fundacionpersonas.es)

**Finalidad:** Desarrollo y gestión de la participación del usuario en el Servicio de Ocio que promueve Fundación Personas.

**Legitimación:** La ejecución contractual derivada de la inscripción y la naturaleza de la prestación, legitiman el tratamiento de datos personales, incluidos los datos relativos a la salud. [RGPD: art. 6.1b) y art. 9.2h)]  
El consentimiento será la base legitimadora para tratar en su caso, la imagen de su titular con la finalidad de promocionar las actividades y los valores del Club. [RGPD: art. 6.1a)]

**Conservación:** Los datos serán tratados mientras se mantenga la finalidad para la que fueron recabados y se conservarán tras causar baja en el Servicio de Ocio durante un periodo de cinco años para el ejercicio y defensa de reclamaciones. Transcurrido este periodo los datos se someterán al obligatorio bloqueo temporal hasta su definitiva supresión.

**Destinatarios:** Tendrán lugar las comunicaciones de datos necesarias para la prestación del servicio en el marco de la relación jurídica aceptada libremente por ambas partes. En su caso a las agencias de viajes y al Ayuntamiento de Valladolid para la solicitud de subvenciones.

**Derechos:** Los interesados podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión, limitación, oposición, y portabilidad en los términos en que proceda y en base a los arts. 15 y ss. del RGPD, remitiendo solicitud acompañada de DNI al DPD: [protecciondatos@fundacionpersonas.es](mailto:protecciondatos@fundacionpersonas.es). Puede dirigirse a la Agencia española de Protección de Datos, especialmente cuando no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos [www.aepd.es](http://www.aepd.es)

EL PARTICIPANTE Y EN SU CASO EL PRESTADOR/A DE APOYOS

FDO: 

En Valladolid a

de

de 202

POR ASPRONA-FUNDACIÓN PERSONAS



  
fundación  
personas

FDO: Mª EUGENIA DEL OLMO PRIETO  
DELEGADA TERRITORIAL FP VALLADOLID

# FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Tlf en qu e quieren que la organización se comunice para las actividades \_\_\_\_\_

## APOYOS TÉCNICOS

Utilizo silla de ruedas ☐ ¿es eléctrica? SI ☐ NO ☐ Tengo gafas ☐ Tengo audífonos ☐

## DATOS MÉDICOS

¿Sigue algún tratamiento?..... SI ☐ NO ☐  
¿Se administra su propia medicación?..... SI ☐ NO ☐  
¿Sufre alteraciones motoras?..... SI ☐ NO ☐  
¿Es alérgico a algo?..... SI ☐ NO ☐

¿Suele padecer ataques o ausencias?..... SI ☐ NO ☐  
¿Cómo hay que actuar? \_\_\_\_\_

## HIGIENE Y AUTONOMÍA 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 baño solo?..... SI ☐ NO ☐ APOYO ☐  
¿Se orina en la cama?..... SI ☐ NO ☐  
¿Utiliza pañal, sonda, conejo?..... SI ☐ NO ☐

## SOCIABILIDAD

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

## CARÁCTER

¿Se asusta fácilmente?..... SI ☐ NO ☐  
¿Tiene momentos de agresividad. SI ☐ NO ☐  
¿Cómo se calma? \_\_\_\_\_

¿Presenta conductas autolesivas?..... SI ☐ NO ☐  
¿Cómo se calma? \_\_\_\_\_

¿Cómo duerme? \_\_\_\_\_

## DIVERSIONES

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

## COMUNICACIÓN

¿Tiene dificultades de expresión verbal?..... SI ☐ NO ☐  
¿Sabel leer?..... SI ☐ NO ☐  
¿Sabe escribir?..... SI ☐ NO ☐  
¿Utiliza algún sistema alternativo de comunicación?..... SI ☐ NO ☐  
¿Cuál? \_\_\_\_\_

## ALIMENTACIÓN

¿Come de todo?..... SI ☐ NO ☐  
¿Tiene alguna manía en la comida o le sienta algo mal?..... SI ☐ NO ☐  
¿Cuál? \_\_\_\_\_  
¿Necesita algún régimen especial?..... SI ☐ NO ☐  
¿Cuál? \_\_\_\_\_  
¿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 información necesaria, para la participación de mi hijo/a o tutelado, en las actividades del **Club Deportivo Asprona Valladolid**.

Nombre : \_\_\_\_\_

FIRMA

