

Actividades de Ocio

Ficha de inscripción

DATOS DE PARTICIPANTE

Nombre y apellidos _____ D.N.I.: _____

Dirección _____ C.P. _____

Tfn. _____ Móvil Propio _____ Mail _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Centro al que acude _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Padre Madre Tutor Guardador de hecho

Nombre y apellidos _____

Tfn. _____ Móvil _____ Mail _____

OTROS CONTACTOS: _____

CLUB DE OCIO

- Sala bar
- POR LAS MAÑANAS**
- Educ. Adultos
- Cocina
- Est. cognitiva
- Costura
- Zumba/tiktok
- Informática
- Manualidades

TALLERES QUINCENALES

- Ilustración y creación de cuentos
- Huerto Urbano
- Cinefórum
- Club lectura fácil

EDUC. ADULTOS

- Nivel
- I II III

TALLERES SEMANALES

- Estim. cognitiva
- Ping-pong
- Informática
- Costura
- Periodismo
- Cocina
- Manualidades
- Zumba/Tiktok
- Inglés, para principiantes

TEATRO

- Teatro

PANDILLAS

- Quiero cambiar de pandilla
- SEMANAL**
- Viernes
- Sábado
- Domingo
- QUINCENAL**
- Sábado
- Vermú
- Búho

TOTAL A PAGAR

_____ €

Cargo en la misma cuenta de la temporada pasada

Cuenta bancaria **donde el usuarios figure como titular** (el recibo irá al nombre del usuario)

Entidad bancaria _____

IBAN		ENTIDAD			OFICINA			D.C.		NÚMERO DE CUENTA									
E	S																		

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.

Actividades de Ocio

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 ocio que forman parte del Programa previsto para la temporada 2024/2025.

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 2024/2025 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.

AUTORIZA:

-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 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 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 una X) Sí 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 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 art. 12 Reglamento (UE) 2016/679, relativo a la protección de datos personales de las personas físicas (RGPD) y de la LO 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos personales (LOPD)

Responsable. FUNDACIÓN PERSONAS.

C/ Pilar Miró, 1 (47008) Valladolid.

Contacto telefónico: 983 225 125

Delegado de Protección de Datos (DPD):
protecciondatos@fundacionpersonas.es

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

Legitimación. La inscripción del usuario es la base jurídica para el tratamiento de datos personales, incluidos los datos relativos a la salud. [RGPD: art 6.1b) y art. 9.2h)] El consentimiento, será en su caso, la base legitimadora para tratar la imagen de su titular con la finalidad de promocionar las actividades del Servicio de Ocio y los valores de la Entidad. [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 en defensa de reclamaciones. Transcurrido este periodo los datos se someterán al preceptivo 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. 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

El Prestador de Apoyos

Por ASPRONA - FUNDACIÓN PERSONAS



FDO.: M^a Eugenia del Olmo Prieto

Delegada Territorial de FP Valladolid

FDO.: _____

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL

Nombre y apellidos _____

N° de teléfono en el que quieren que la organización comunique 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 u 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 de ropa diarios 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

¿Sigue algún tratamiento? Sí No

¿Tiene momentos de agresividad? Sí No

¿Cómo se calma? _____

¿Presenta conductas autolesivas? Sí No

¿Tiene alguna manía? Sí No

¿Cuál? _____

¿Sufre de insomnio? Sí No

¿Cómo duerme? _____

Sociabilidad

¿Puedes salir solo, sin monitor? Sí No

¿Sale habitualmente en grupo? Sí No

¿Sabe manejar dinero solo? Sí No

¿Sabe desplazarse solo por la ciudad? Sí No

¿Es abierto y comunicativo? Sí No

¿Se comporta bien en grupo? Sí No

¿Fuma? Sí No

Alimentación

¿Come de todo? Sí No

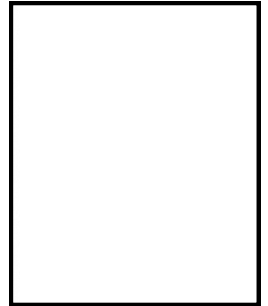
¿Tiene alguna manía en la comida o le sienta algo mal? Sí No

¿Necesita algún 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



Diversión

¿Sabe nadar? Sí No

¿Tiene miedo al agua? Sí No

¿Utiliza flotador? Sí No

Comunicación

¿Tiene problemas de expresión verbal? Sí No

¿Sabe leer? Sí No

¿Sabe escribir? Sí No

¿Utiliza algún sistema alternativo de comunicación? 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 202