

1. IDENTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR	
Nombre:	Apellidos:
Parentesco:	DNI:
Teléfono:	En caso de urgencia, otro teléfono de contacto:
Correo electrónico:	

2. DATOS DEL PARTICIPANTE	
Nombre:	Apellidos:
Fecha de Nacimiento:	DNI:
Domicilio:	
Localidad:	CP:
Teléfono 1:	Teléfono 2:
Correo electrónico:	
En caso de urgencia, otro teléfono de contacto:	

3. DATOS SOBRE DISCAPACIDAD / NECESIDAD ESPECÍFICA				
Tipo:	Física <input type="checkbox"/>	Psíquica <input type="checkbox"/>	Sensorial <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>
Diagnóstico:	Grado de discapacidad %:			
Necesita apoyo continuo/figura de acompañamiento:				
Detalles a tener en cuenta sobre el tipo de discapacidad/necesidad específica:				

3. ALIMENTACIÓN			
Problemas al tragar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Come y bebe solo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Alimentos contraindicados	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Indicar cuál:
Alergias y/o intolerancias alimenticias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Indicar cuál:
Observaciones:			

4. HABILIDAD MOTRIZ/ MOVILIDAD		
Camina solo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Camina solo con dificultad	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Utiliza muletas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Utiliza silla de ruedas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Utiliza andador	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sube y baja escaleras solo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sube y baja escaleras con dificultad	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Manipula objetos con las manos sin dificultad	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Maneja herramientas de bricolaje, jardinería	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Utiliza con destreza tijeras, agujas, punzones...	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Coge peso	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Puede utilizar el transporte público	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Resistencia física		
Puede estar de pie de forma intermitente	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Puede hacer una visita guiada de 4 horas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Puede hacer una senda durante 3 horas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Observaciones:		

**FORMULARIO PARA PARTICIPANTES CON DISCAPACIDAD Y NECESIDADES ESPECÍFICAS
CONCEJALÍA DE JUVENTUD**

5. AUTONOMÍA PERSONAL (CONTROL DE ESFÍNTERES/ ASEO/ROPA)		
Es autónomo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Necesita que le recuerden ir al aseo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Necesita ayuda para lavarse las manos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Necesita ayuda al quitar y ponerse el abrigo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Conoce y cuida sus cosas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Necesita acompañamiento para ir al aseo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Observaciones:		

6. LENGUAJE Y COMUNICACIÓN		
Se comunica con lenguaje verbal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Su lenguaje es escaso y poco claro	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Entiende bien (comprensión)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sabe leer	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sabe escribir	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Se expresa bien	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Observaciones:		

7. RELACIÓN CON LOS OTROS/ CARÁCTER Y ACTITUD		
Es tímido y callado	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Se enfada fácilmente	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Es sociable y le gusta participar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Es cariñoso y habla con todos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Se desenvuelve bien en grupos de 20 personas o más	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
A veces se escapa	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Observaciones:		

9. EXPERIENCIA EN ACTIVIDADES DE OCIO INCLUSIVAS		
Ha participado en otras actividades inclusivas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha disfrutado de la experiencia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Observaciones (cuáles, dónde)		

10. OTRAS ESPECIFICACIONES				
Padece enfermedad infecto-contagiosa	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indicar cuál:	
Sufre convulsiones, ataques epilépticos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Controladas con medicación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sufre ausencias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Es alérgico a algún medicamento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indicar cuál:	
Sufre algún otro tipo de alergia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar cuál:	
Se asusta con el ruido	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Necesita algún tipo de adaptación	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar cuál:	
Observaciones:				

11. TIEMPO DE OCIO			
Utiliza habitualmente video juegos, Tablet, móvil	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar cuál:

**FORMULARIO PARA PARTICIPANTES CON DISCAPACIDAD Y NECESIDADES ESPECÍFICAS
CONCEJALÍA DE JUVENTUD**

El uso de video-juegos, Tablet, móvil puede ocasionarle algún tipo de crisis.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar cuál:
Le gustan las manualidades	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar cuál:
Le gustan los juegos de mesa	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar cuál:
Práctica algún deporte	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar cuál:
Le gusta la música	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar cuál:
Toca algún instrumento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar cuál:
Observaciones:			

12. BREVE DESCRIPCIÓN DEL PARTICIPANTE Y SUS AFICIONES Y GUSTOS:

Declaro bajo mi responsabilidad que todo lo expuesto en este formulario es cierto y no se ha omitido ningún dato médico o personal de interés, en especial, relativo a las necesidades sanitarias o riesgos de salud.

La Concejalía de Juventud no se hace responsable de la custodia del participante en el desarrollo de la actividad ni de la supervisión de la salida del mismo del CUBO Espacio Joven.

En..... a de de 202....

Firma de madre/padre/tutor/a legal:

Responsable del tratamiento: Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón, Concejalía de Juventud, Plaza Mayor, nº1 – 28223 Madrid. Contacto Delegado de Protección de Datos: Registro general del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón, Plaza Mayor, nº 1, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Finalidades del tratamiento: gestión de la solicitud de participación en la actividad. En caso de admisión, gestión integral de ésta.

Legitimación para el tratamiento de datos personales: cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. El tratamiento de categorías especiales de datos es necesario para fines de prestación de asistencia o gestión de los sistemas y servicios de tipo sanitario o social (artículo 9.2.h del RGPD), derivados de la Ley 8/2002, de 27 de noviembre, de Juventud de la Comunidad de Madrid.

Plazos de conservación de la información: los datos se conservarán durante el tiempo necesario para dar cumplimiento con la finalidad mencionada, así como la prescripción de acciones legales que le sean de aplicación.

Destinatarios de cesiones o transferencias internacionales de datos: no están previstas, salvo por requerimiento legal.

Derechos de los interesados: Los interesados pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión (“derecho al olvido”), limitación del tratamiento y solicitar la portabilidad de sus datos mediante el Registro Electrónico o dirigiéndose por escrito al Registro General del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón (Plaza Mayor, nº1-28223 Madrid). Asimismo, tienen derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es). Puede consultar la Política de Privacidad del Ayuntamiento en www.pozuelodealarcon.org/legal/politica-de-privacidad. En el caso de que se faciliten datos de carácter personal de personas físicas distintas a las personas que firman este documento deberán, con carácter previo a su inclusión, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.