

2ª ESCUELA INCLUSIVA DE VERANO CARMEN GUILLÉN PALAZÓN “HASTA PRONTO VERANO”, ASPE 2024

INFORMACIÓN Y MODELO DE INSCRIPCIÓN PARA AUMNOS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

¿Qué es? Se va a llevar a cabo la realización de la 2ª Escuela Inclusiva de Verano Carmen Guillén Palazón “Hasta Pronto Verano”, Aspe 2024, que se realizará los días 2 al 6 de septiembre de 2024. La 2ª Escuela Inclusiva de Verano Carmen Guillén Palazón “Hasta Pronto Verano”. Aspe 2024, incluye un programa de asistencia, especializado educativo, lúdico-pedagógico y rehabilitador, a través del juego, que ofrece la conciliación de la vida laboral y familiar y actividades enriquecedoras para niños/niñas empadronados o escolarizados en el municipio de Novelda.

La 2ª Escuela Inclusiva de Verano *Carmen Guillén Palazón “Hasta Pronto Verano”, Aspe 2024* se va a llevar a cabo junto con el Ayuntamiento de Aspe y **será totalmente gratuita.**

Se ofertan 86 plazas para menores normotípicos y menores con Diversidad Funcional en total, con edades comprendidas entre los 4 y 14 años.

HORARIO: 09:00 a 14:00 horas

LUGAR: PABELLÓN DEPORTIVO MUNICIPAL DE ASPE

Documentación a aportar:

- DNI padre/madre/tutor
- DNI alumno o menor participante
- SIP (Tarjeta Sanitaria) del alumno participante; Consentimiento y todas las autorizaciones firmadas, así como la hoja-ficha de matriculación. Todas las hojas deben ir debidamente cumplimentadas y firmadas.

¿QUÉ TRAER DESDE CASA A LA ESCUELA?

- ❖ **MOCHILA:** Almuerzo con bebida apropiada (agua, zumos, espesantes...) en recipientes apropiados con el nombre del menor. Esta será recepcionada por los monitores que serán los encargados de su control y administración al menor. El almuerzo, en el caso de ser fruta o verduras, vendrá licuado o cortado desde casa, si es necesario.
 - Ropa cómoda, gorra y protector solar puesto de casa.
 - Pañales, toallitas y muda, si lo necesita.
 - Las familias deben considerar que debido a las altas temperaturas que estamos registrando este verano es posible que el menor necesite ingerir más agua de lo habitual. Rogamos lo tengan en cuenta y suministren mayor cantidad de agua al niño/a
- ❖ **MEDICACIÓN DE RESCATE** (si es necesaria). En el caso de que sea necesario administrar una medicación de rescate el padre/madre/tutor deberá firmar la correspondiente autorización a la persona/s encargada de su administración.



Se entiende por medicación de rescate aquellos medicamentos que otorgaran un alivio eficaz antes síntomas graves; de forma que se pueda frenar rápidamente una crisis en el menor y evitar una situación de extrema urgencia médica. **No estamos autorizados a administrar otro tipo de medicación.**

TODO VENDRÁ MARCADO CON EL NOMBRE DEL MENOR

NORMAS FAMILIAS Y CRITERIOS POR EL QUE SE PODRÁ PERDER LA PLAZA:

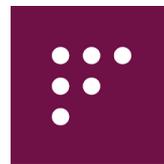
- ***Se exigirá toda la documentación firmada y cumplimentada antes de iniciar las actividades. Sin la documentación, no se podrá permanecer en la escuela.***
- ***En caso de no acudir el/la alumno/a, se avisará al coordinador/a de la Escuela Inclusiva de Verano por WhatsApp (604885294) o por correo electrónico, al correo de la Fundación: comunicación@fundacionuner.es***
- ***Se deberá ser puntual en la hora de entrega y recogida de los alumnos/as. Dos faltas de impuntualidad y/o asistencia, no justificada, tanto en la entrada como en la recogida, supondrá la pérdida de la plaza***
- ***Dos faltas de asistencia sin justificar llevarán asociado la pérdida automática de la plaza, sea por el motivo que sea, pasando la misma a ser ocupada por otro menor de la lista de espera.***
- ***La Fundación Cínica UNER, NO se hará responsable de cualquier acontecimiento acaecido como consecuencia de la falsedad u ocultación de datos suministrados en los documentos presentados, provocando este hecho la pérdida de la plaza.***
- ***La falta de higiene del alumno***
- ***No acatar las normas de las escuelas y los monitores.***
- ***La falta de respeto hacia el personal de las escuelas, monitores y coordinador/a por parte de algún familiar.***

He leído y acepto las condiciones,

Responsable alumno/a: _____

DNI _____ En calidad de: _____

(Firma)



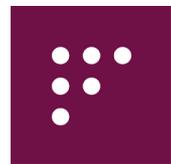
1. DATOS PERSONALES:

NOMBRE Y APELLIDOS:			
DNI:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	
Nº SEGURIDAD SOCIAL:			
PADRE/TUTOR:			
DIRECCIÓN:		Nº:	PTA:
LOCALIDAD:	MUNICIPIO:	C.P:	
TELÉFONO:		MÓVIL:	
CORREO ELECTRÓNICO:			
ASOCIACIÓN O CENTRO AL QUE ASISTE:			
TIPO DE PATOLOGÍA:			
AUTONOMÍA:			
TIPO DE DEPENDENCIA:	MODERADA	SEVERA	GRAVE

2. CONDUCTAS A DESTACAR.

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ALEGRE | <input type="checkbox"/> DEPRESIVO | |
| <input type="checkbox"/> ACTIVO | <input type="checkbox"/> PASIVO | |
| <input type="checkbox"/> AGRESIVO | <input type="checkbox"/> PACÍFICO | <input type="checkbox"/> TÍMIDO |

SE AUTOLESIONA:	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿CUÁNDO?:				
LE GUSTA LLAMAR LA ATENCIÓN:	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿DE QUÉ MANERA?:				
SE ALTERA CON:				
OBSERVACIONES				



5. ASISTENCIA.

ANDA: SÍ NO CON AYUDA:

UTILIZA: SILLA DE RUEDAS

MULETAS

ANDADOR

PRÓTESIS

OTROS:

NECESITA CAMBIOS POSTURALES: SÍ NO

MODO DE REALIZACIÓN Y PERIODICIDAD:

¿REALIZA ALGUNA POSTURA ATÍPICA?:

PAUTAS A SEGUIR:

6. HÁBITOS.

6.1. VESTIDO.

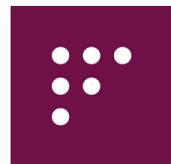
SE VISTE SOLO: SÍ NO SE DESVISTE: SÍ NO

NECESITA AYUDA EN:

ROPA INTERIOR CHAQUETA: SUETER: PANTALONES:

CREMALLERAS: BOTONES: LAZOS:

OBSERVACIONES:



7. DATOS MÉDICOS.

GRUPO SANGUÍNEO: _____ RH: _____

ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO: SÍ NO

CUÁL: _____

TIENE ATAQUES EPILÉPTICOS: SÍ NO

ESTÁ CONTROLADO CON MEDICACIÓN: SÍ NO

ES CASO DE URGENCIA QUÉ ANALGÉSICO PUEDE TOMAR:

CUÁL: _____

ALGÚN OTRO TIPO DE ALERGIA (polen, animales, alimentos...):

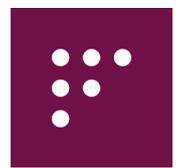
Acepto que el personal de la 2ª Escuela Inclusiva de Verano Carmen Guillén Palazón “Hasta Pronto Verano” de Aspe administre el almuerzo a mi hijo/a, tutorizado.

Fdo. (padre/madre/tutor)

Nombre:

DNI:

En Aspe a ___ de agosto de 2024



CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES EN LA 2ª ESCUELA INCLUSIVA DE VERANO CARMEN GUILLÉN PALAZÓN “HASTA PRONTO VERANO”, ASPE 2024.

D/Dña _____, con D.N.I. _____, en calidad de madre, padre, tutor/a del usuario/a _____, ASISTENTE a las actividades de la 2ª Escuela Inclusiva de Verano CARMEN GUILLÉN PALAZÓN “HASTA PRONTO VERANO”, Aspe 2024 realizada y gestionada por Fundación Clínica UNER y el Ayuntamiento de Aspe.

AUTORIZO

A mi hijo/a o familiar, bajo mi responsabilidad, a participar en todas las actividades que se realicen en el programa de actividades del citado servicio.

Esta autorización supone de manera expresa:

a) La aceptación, por mi parte, de las normas que regulan este tipo de actividades, tanto de las medidas sancionadoras como de la reparación de los daños que pudiera ocasionar mi hijo/a, o persona representada.

b) Que conozco las normas en caso de accidente:

- **ACCIDENTES LEVES:**

Tipo: contusiones leves, cortes, picaduras, arañazos, fiebre, mal estar general del menor.

Pasos en la actuación:

1. Intentar solucionar el problema con el personal sanitario de la Fundación
2. Informar a la Coordinadora.
3. Informar a los familiares del incidente.

- **ACCIDENTES GRAVES:** Se llama a 112 en el caso de accidente muy grave y necesidad de traslado en ambulancia.

Tipo: Cortes de digestión, contusiones fuertes, heridas graves, vómitos.

Pasos en la actuación:

1. Se acudirá al Centro de Salud o al Hospital más cercano con la inscripción y fotocopia de la tarjeta sanitaria.
2. Notificar el hecho por teléfono al coordinador y éste al responsable de la empresa.
3. Avisar a los padres.
4. Pedir parte médico.
5. Notificar al seguro médico de la actividad correspondiente.

Contamos con un seguro de accidentes que cubrirá a cada menor en todas las actividades.

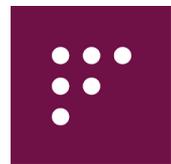
c) Esta autorización, incluye la eximición de responsabilidad a la Fundación Clínica UNER y al Ayuntamiento de Aspe, en el caso de contagio por alguna enfermedad.

En Aspe, a _____ de agosto de 2024

Nombre _____

DNI: _____

(Firma)



AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO EXPRESO E IDENTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS DESIGNADAS PARA LA RECOGIDA DEL MENOR DEL CENTRO EN EL CASO DE NO SER LA PERSONA QUE SE IDENTIFICA EN LA INSCRIPCIÓN.

NOMBRE Y APELLIDOS _____

DNI _____

NOMBRE Y APELLIDOS _____

DNI _____

En Aspe, a _____ de agosto 2024

(Firma)

Recordatorio de la documentación a aportar:

- ✓ *Hojas de inscripción debidamente cumplimentadas y firmadas junto con sus respectivas autorizaciones y la Ley de Protección de datos*
- ✓ *DNI del alumno o menor*
- ✓ *DNI del padre/madre/tutor*
- ✓ *SIP (Tarjeta Sanitaria) del alumno*

LES RECORDAMOS QUE NO SE ACEPTARÁ NINGÚN DOCUMENTO QUE NO SEA EN FORMATO PDF.



CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA LA ACTIVIDAD DE BAÑO EN LA PISCINA MUNICIPAL DEL MUNICIPIO DE ASPE

D./Dña. _____, con
D.N.I. _____, en calidad de padre, madre o tutor/a del usuario/a
_____, ASISTENTE
a las actividades de la 2ª Escuela Inclusiva Carmen Guillén Palazón "HASTA PRONTO VERANO",
ASPE 2024 realizada por Fundación Clínica UNER y en colaboración con el Ayuntamiento de
Aspe

AUTORIZO

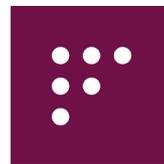
NO AUTORIZO

A que el alumno/a, menor de edad, a mi cargo, participe en la actividad acuática de baño en la piscina municipal de la localidad de Aspe, en la que se garantizan las máximas medidas de seguridad para el desarrollo de dicha actividad.

En Aspe, a _____ de agosto de 2024

Fdo.: D./Dña. _____

No se aceptarán documentos en ningún otro formato ni fotografías de los mismos.



AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA Y TRATAMIENTO DE DATOS

Entidad: **FUNDACIÓN CLÍNICA UNER**

Nombre y apellidos del interesado o tutor: _____

DNI/NIE: _____

Por favor, antes de firmar lea detenidamente esta información.

Mediante la cumplimentación y firma de este formulario, el interesado acepta y autoriza expresamente que sus Datos Personales, (indicar AQUI datos y documentación que se recogen), sean recogidos y tratados con la finalidad de facilitarle la información, en la forma y con las limitaciones y derechos que recoge la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Asimismo, se le informa de lo siguiente:

1.- Sus datos serán incorporados a un tratamiento cuyo responsable es FUNDACIÓN CLÍNICA UNER [G42594374] con domicilio en **(ALICANTE), CALLE LUIS BRAILLE, 8 LOCAL 10-1 10-2 - 03010.**

Información Básica sobre Protección de Datos

Responsable:	FUNDACIÓN CLÍNICA UNER
Finalidad:	Gestionar el servicio solicitado
Legitimación:	Consentimiento del interesado
Destinatarios:	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
Derechos:	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional.
Procedencia:	El propio interesado.
Información adicional:	Puede consultar más información sobre los derechos en las Políticas de Privacidad en la página web www.fundacionuner.es

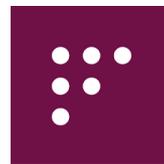
Nombre y apellidos del menor: _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS: (documento/ fecha / firma)

Hoja de inscripción, consentimiento y autorizaciones firmadas y cumplimentadas, DNI/NIE padre/madre/tutor, DNI/NIE alumno inscrito, SIP/Tarjeta Seguridad Social del menor inscrito en la 2ª Escuela Inclusiva de verano Carmen Guillén Palazón "HASTA LUEGO VERANO", Aspe 2024.

Firmado en Aspe a ____ de agosto de 2024

(Firma)

**USO DE IMÁGENES**

FECHA: ___ / ___ / _____

EN: ASPE

NOMBRE DEL INTERESADO O DEL TUTOR LEGAL SI ES MENOR DE EDAD:

Nombre del MENOR DE EDAD:

Información Básica sobre Protección de Datos

Responsable: FUNDACIÓN CLÍNICA UNER

Finalidad: EL ABAJO FIRMANTE AUTORIZA EL USO DE LAS IMÁGENES TOMADAS TANTO EN VIDEO COMO EN FOTOGRAFÍAS PARA SU POSTERIOR DIFUSIÓN A TRAVÉS DE LAS REDES SOCIALES DE LA EMPRESA, FOLLETOS U OTROS FORMATOS PUBLICITARIOS QUE LA EMPRESA PUDIESE CONSIDERAR.

Legitimación: Consentimiento del interesado.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.

Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a la dirección del responsable del tratamiento

Procedencia: El propio interesado.

Información adicional: ***Puede consultar más información sobre los derechos en las Políticas de Privacidad en el correo electrónico comunicacion@fundacionuner.es*****FIRMA Y DNI**

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos en cualquier momento puede ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación de sus datos personales. Para ello puede ponerse en contacto con el despacho de FUNDACIÓN CLÍNICA UNER. en el correo comunicacion@fundacionuner.es. Puede consultar más información sobre los derechos en las Políticas de Privacidad de nuestra Web www.fundacionuner.es