



**CENTROS
ABIERTOS
ESPECIALES**
**CUESTIONARIO DE
CARACTERÍSTICAS
PERSONALES**

SOLICITUD NÚMERO:

CONVOCATORIA:

AÑO: 2022

1 DATOS DEL MENOR O DE LA MENOR

DNI, NIF, NIE: _____ Nombre: _____

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Edad: _____ Centro escolar en el que está matriculado/a: _____

Tipo de discapacidad: _____ Grado: _____ % Silla de ruedas: Sí No Viaja plegada: Sí No

2 DATOS DEL PADRE, MADRE O REPRESENTANTE LEGAL

DNI, NIF, NIE: _____ Nombre: _____

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Teléfono(s): _____ / _____ Correo electrónico: _____

3 CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL MENOR O DE LA MENOR

Indique si requiere atención sanitaria por algún motivo (enfermedad, alergia, dieta especial): No..... Si

Otros: _____

¿Toma alguna medicación? No Sí (presente en la empresa gestora una receta con la dosis).

MOTIVO	MEDICACIÓN	HORARIO

Amplíe con todo lo que pueda ayudar a los educadores a conocer y tratar bien a su hijo o hija desde el primer momento:

COMIDA - BEBIDA	
Autonomía, maneja bien cubiertos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Come de todo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Necesita beber mucho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas al tragar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Come sólo puré/ tiene dieta específica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preferencias y rechazos: _____	
Notas: _____	

LENGUAJE	
Muy escaso o poco claro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Entiende y habla frases cortas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se expresa y entiende bien	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Usa pictogramas / lengua de signos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se hace entender bien por gestos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Poco interés en la comunicación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas: _____	

MOVILIDAD	
Sin ninguna limitación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anda solo/a con dificultad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Necesita apoyo continuo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Silla de ruedas eléctrica / manual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas: _____	

RELACIÓN CON LOS OTROS	
Tímido/a y callado/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se enfada fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cariñoso/a, habla y juega con todos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se relaciona bien con niños	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas: _____	

ASEO Y ROPA	
Se viste y lava solo o sola	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pequeña ayuda al lavarse y vestirse	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ayuda física para todo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas: _____	

CONDUCTAS A CONTROLAR	
Agresivo/a con otros / consigo mismo/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se lleva todo a la boca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
A veces se escapa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otras: _____	

Protección de datos de carácter personal: INFORMACIÓN BÁSICA

Los datos recabados serán incorporados y tratados en la actividad de tratamiento "Centros abiertos, Centros de vacaciones y Campamentos para la conciliación de la vida laboral y familiar", responsabilidad de la Dirección General de Familias, Infancia, Educación y Juventud, sita en Paseo de la Chopera, 41, Madrid 28045, con la finalidad de gestionar las solicitudes y asegurar la atención a los participantes y sus familias, y ante el que las personas afectadas podrán ejercer sus derechos. El tratamiento de datos queda legitimado mediante el consentimiento de las personas interesadas. Los datos no podrán ser cedidos a terceros salvo en los supuestos previstos en la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal. Delegación de Protección de Datos: oficprotecciondatos@madrid.es. La INFORMACIÓN ADICIONAL se encuentra en www.madrid.es/educacion.



MADRID

CENTROS ABIERTOS ESPECIALES CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS PERSONALES

CONTROL ESFÍNTERES table with 4 rows and 2 columns (checkboxes for Sí/No)

EXPERIENCIA EN CAMPAMENTOS table with 5 rows and 2 columns (checkboxes for Sí/No)

AFICIONES Y GUSTOS table with 5 rows and 2 columns (checkboxes for Sí/No)

COMPORTAMIENTO HABITUAL table with 5 rows and 2 columns (checkboxes for Sí/No)

OTROS DATOS DE INTERÉS Y ASPECTOS A VIGILAR: rutinas, costumbres, relación con adultos, miedos o fobias, trucos para que colabore, etc., para facilitar su adaptación y mayor conocimiento del monitor o la monitora.

Two horizontal dashed lines for additional notes.

PUEDE AÑADIR OTRAS HOJAS CON OBSERVACIONES O INFORMES SI LO CONSIDERA CONVENIENTE.

4 DECLARACIÓN

Como padre, madre, tutor o tutora legal del menor o de la menor solicitante, autorizo su participación y declaro bajo mi responsabilidad que :

Todo lo expuesto en la preinscripción y el cuestionario de características personales es cierto y no se ha omitido ningún dato médico o personal de interés, en especial relativo a riesgos de salud. [] sí

Conozco y acepto las condiciones de participación en el programa, publicadas en la web municipal para esta convocatoria [] sí

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Firma del padre, de la madre o tutor/a: [Signature box]

DIRECCIÓN GENERAL DE FAMILIAS, INFANCIA, EDUCACIÓN Y JUVENTUD. Servicio de Actividades Educativas. Unidad de Educación Especial. Paseo de la Chopera, n.º 41 planta baja, 28045 - Madrid. abiertoespecial@madrid.es