

SOLICITUD NÚMERO:

CONVOCATORIA:

AÑO:

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: _____	

CONTROL ESFÍNTERES	
Total, día y noche	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin pañales, pero no avisa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Usa pañales siempre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Está empezando a controlar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas: _____	

EXPERIENCIA EN CAMPAMENTOS	
Con el colegio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Con Ayuntamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Volvió contento/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tranquilo/a en la ruta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas: _____	

AFICIONES Y GUSTOS	
Sabe nadar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Juegos de pelota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Músic	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se agobia si hay mucho ruido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otras: _____	

COMPORTAMIENTO HABITUAL	
Colabora a gusto en las tareas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Inquieto/a, muy movido/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Poco activo/a, se cansa enseguida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiende a aislarse	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Notas: _____	

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.

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:

DIRECCIÓN GENERAL DE FAMILIAS, INFANCIA, EDUCACIÓN Y JUVENTUD.

Departamento de Actividades Educativas. Unidad de Educación Especial.

Paseo de la Chopera, n.º 41 planta baja, 28045 - Madrid.

abiertoespecial@madrid.es