
 REGISTRE : FITXA INSCRIPCIÓ		 aspanin <small>associació per a persones amb discapacitat intel·lectual i les seves famílies</small>
ASPANIN	R-CLL-02	

FITXA INSCRIPCIÓ CLUB LLEVANT

FOTO	FOTO
-------------	-------------

1. DADES PERSONALS:

NOM:		
Nº DNI	Nº CAT Salut	Nº Afiliació SS
ADREÇA:		
CODI POSTAL:	POBLACIÓ:	DATA DE NAIXEMENT:
MAIL DE CONTACTE :		
PERSONA DE CONTACTE:		
TELEFONS DE CONTACTE:		
1-	Persona de contacte:	
2-	Persona de contacte:	
3-	Persona de contacte:	

2. VALORACIONS:

Valoració ICAP:	
------------------------	--

3. DADES D'INTERÈS:

3.1 ÀMBIT DE LLEURE I PREFERÈNCIES

- **Què li agrada fer? (marqueu totes les que vulgueu):**

CINEMA TEATRE MUSICA CANTAR BALLAR DISCOTECA
 ACT.CULTURALS PINTAR ACT. ESPORTIVES PASSEJAR ACT. AIGUA ACT. MANUALS
 Altres: _____

- **Hi ha alguna activitat que no li agradi?** NO SI, Quina?: _____

- **Sap nedar?** SI NO, Quin suport necessita? _____

- **Segueix el ritme d'una activitat?**
 SI, amb normalitat SI, tot i que una mica més lent NO

3.2 ÀMBIT DE LA COMUNICACIÓ

➤ **PRODUCCIÓ DE MISSATGES**

- **Té alguna dificultat en la parla?**
 NO SI, Quina? _____

➤ **RECEPCIÓ DE MISSATGES**

- **Té alguna dificultat per entendre missatges parlats?**
 NO, ho entén tot Entén gairebé tot SI, Quina? _____

- **Llegeix?** NO SI

- **Escriu?** NO SI

SIGNATURA: _____

DATA: _____

3.3 ÀMBIT DE LES HABILITATS SOCIALS

- **S'adapta fàcilment a situacions noves?**

SI, sense problemes Si, però amb certes dificultats NO, no tolera gaire bé els canvis

- **Normalment es mostra (marqueu totes les que vulgueu):**

ALEGRE CONFIAT OBERT AFECTIU TOLERANT PARLADOR
TIMID DESCONFIAT INTROVERTIT GELOS INTOLERANT TOSSUT

Altres: _____

- **Amb els seus companys:**

Estableix fàcilment relacions amistoses
 Li cal ajuda per començar a relacionar-se
 Té greus dificultats per integrar-se i relacionar-se amb els companys

- **Pot perdre l'autocontrol?**

NO HABITUALMENT EN OCASIONS SI

- **En cas de situació conflictiva quines pautes es recomana seguir?**

3.4 ÀMBIT DE LA CURA PERSONAL

➤ **HIGIENE**

- **Li cal algun tipus de suport per anar al WC?**

NO SI: _____

- **Porta bolquers?**

NO SI: De dia De nit De dia i de nit

- **Li cal algun tipus de suport per anar a la dutxa?**

NO SI: _____

- **Reconeix la roba i objectes personals?** NO SI

3.5 ÀMBIT DE LA ALIMENTACIÓ

- **Menja i beu sol/a correctament?**

SI NO, i necessita suport: Verbal (guia) Tallar Triturar Donar-li l'aigua Donar-li el menjar

- **Fa algun tipus de dieta?**

NO SI, Quina? _____ Aliments prohibits: _____

3.6 ÀMBIT DE LA COMPETÈNCIA MOTRIU I FÍSICA

- **Té alguna dificultat per caminar?**

NO
 SI, i necessita suport: Cadira de rodes Caminador Bastó Crosses Acompanyament del braç

- **Necessita suport en el desenvolupament de la motricitat fina (mans i dits)?**

NO SI, Quines? _____

SIGNATURA: _____

DATA: _____

3.7 ÀMBIT DE SALUT

• **Té algun problema de tipus mèdic?**

NO

SI, Quin tipus?:

Circulatori: _____

Auditiu: _____

Respiratori: _____

Cardíac: _____

Visual: _____

Motriu: _____

Altres: _____

• **És diabètic?**

NO

SI, Tipus: _____ Es punxa? SI i sol SI, amb suport: _____ NO

• **És epilèptic?**

NO

SI, Cau al terra? SI NO

Té convulsions? SI NO

Presenta absències? SI NO

Té incontinència urinària durant la crisi? SI NO EN OCASIONS

Descripció dels atacs/absències. Consideracions a tenir en compte:

• **Pren medicació?**

NO SI

• **En cas de necessitat pot prendre:**

Aspirina SI NO Primperan SI NO

Ibuprofeno SI NO Biodramina SI NO

Gelocatil SI NO Almax SI NO

• **Té alguna al·lèrgia?** NO SI, Quina?: _____

• **Té por o fòbia a alguna cosa?** NO SI, Quina?: _____

• **Operacions significatives:**

• **Malalties significatives?**

3.8 ÀMBIT DE SEGURETAT

Només es tindran en compte la resposta negativa en el cas que estigui justificada:

• **Fumar?** NO SI, Quantitat?: _____

Actuacions a tenir presents/ Justificació: _____

SIGNATURA: _____

DATA: _____

- **Prendre begudes alcohòliques?** NO SI, Quantitat?: _____

Actuacions a tenir presents/ Justificació: _____

- **Prendre begudes estimulants?** NO SI, Quantitat?: _____

Actuacions a tenir presents/ Justificació: _____

- **Marxar sol de l'activitat?** NO SI

Actuacions a tenir presents/ Justificació: _____

Només en activitats de viatge i/o amb pernoctació:

- **Pot dormir sol a l'habitació?** NO SI

Actuacions a tenir presents/ Justificació: _____

- **Necessita dormir amb un monitor a l'habitació?** NO SI

Actuacions a tenir presents/ Justificació: _____

- **Pot dormir/mantenir relacions sexuals?** NO SI

Actuacions a tenir presents/ Justificació: _____

- **Pot utilitzar els seus diners de butxaca autònomament?** En cas afirmatiu no supervisarem justificació NO SI

Actuacions a tenir presents/ Justificació: _____

- **Pot sortir sol/a sense supervisió en espais de temps lliure?** NO SI

Actuacions a tenir presents/ Justificació: _____

Observacions:

Disposeu d'aquest espai per exposar totes aquelles idees o qüestions que creieu que poden ser d'interès o ajuda i no hagin estat reflectides en aquest qüestionari:

Per acabar de formalitzar l'autorització caldrà adjuntar les fotocòpies completes de:

- DNI - Targeta sanitària / N^o Afiliació SS
- 2 Fotos tipus carnet / N^o Compte bancari - Certificat de disminució

Els documents han d'estar actualitzats i vigents s'han de poder veure correctament, si ja estan inscrits o han realitzat alguna activitat amb nosaltres; trucar per consultar si tenim la documentació en bon estat d'utilització i sense caducar

Renovació

Aquest document i les dades relacionades tindran una vigència de quatre anys a partir de la data de la signatura.

Transcorregut aquest període, s'haurà d'emplenar un de nou. Pares, amb la potestat rehabilitada o sense, i tutors queden obligats, durant la vigència del document, a informar a Aspanin – Club Llevant de qualsevol dada nova, modificació o canvi en relació les dades les facilitades.

L'informem que les dades personals que ens facilita en aquest formulari seran incorporades en un fitxer propietat d'ASPANIN amb la finalitat de gestionar la inscripció al Club Llevant, oferir-li els nostres serveis i enviar-li informacions relacionades amb la discapacitat intel·lectual. Si desitja exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició pot dirigir-se per escrit a: ASPANIN, c/ Sant Miquel, 55, 1r., 08911 Badalona

SIGNATURA: _____

DATA: _____

FITXA AUTORITZACIÓ

En /Na _____ amb DNI _____ com a:

pare/mare amb potestat rehabilitada; pare/mare sense potestat rehabilitada ; tutor/a;

persona pròpiament interessada sense incapacitació legal, de: _____

➤ Declara que:

Totes les dades facilitades en el document Fitxa d'inscripció són correctes i actualitzades. Qualsevol error, mancança o falsedat en les mateixes implicarà l'exclusió de la responsabilitat per part del Club Llevant d'Aspanin i els seus treballadors.

➤ Autoritza a:

- A participar de les ACTIVITATS organitzades pel Club Llevant – Aspanin.
- A la realització de fotografies a l'usuari en el desenvolupament de les seves activitats i a la seva publicació, si fos el cas, en revistes, web, facebook o publicacions relacionades amb el sector i/o a la seva cessió, sempre per temes relacionats.

(En cas negatiu feu servir aquesta casella; NO autoritzo la realització de fotografies a l'usuari en el desenvolupament de les seves activitats per cap ús)

- Al Club Llevant a demanar informació escrita sobre el meu fill/a al centre on es atès.

➤ I accepto que:

- El Club Llevant no es responsabilitzarà del material o roba en cas de pèrdua, malmetement o robatori, llevat del material/objectes que siguin expressament confiats al Club Llevant per la seva custòdia o dipòsit amb un document específic.
- Que en cas de les baixes d'activitat s'hauran de notificar abans del dia 20 del mes següent. No es considerarà baixa, i per tant es continuarà cobrant mensualitat, fins que no es signi el document pertinent que així ho indiqui.
- Que les activitats del Club Llevant es plantegen com activitats de lleure, i, per tant, lúdiques, gratificants i lliurement escollides pels participants.
- Que en cas que els participants no manifestin acceptació a participar en aquestes activitats o, una vegada iniciades, mostressin rebuig o animadversió o inadaptació o problemes de relació o qualsevol altre problema d'actitud o de conducta es donarà per finalitzada l'activitat. Que aquesta decisió en darrer terme correspon al Club Llevant, a través de la/es persona/es que aquest designi, que informaran via telefònica al les persones responsables del participant.

Accepto recollir i fer-me càrrec del participant, *doncs soc el màxim i últim responsable del mateix.*

En cas que, malgrat aquest requeriment, no complís l'obligació que em pertoca d'anar a recollir al participant, assumeixo qualsevol situació que es pogués produir per aquest fets, alliberant totalment al Club Llevant de tota responsabilitat, alhora que l'autoritzo, perquè prengui les mesures pertinents per retornar-lo al domicili, al centre del que forma part i, en cas d'impossibilitat, a algun centre d'acollida u organisme públic on se'n facin responsables de la seva guarda i puguin prendre les mesures pertinents per la recollida del mateix, per les persones encarregades d'això.

SIGNATURA: _____

DATA: _____

- Que el Club Llevant, no disposa de personal mèdic ni sanitari propis, i que els monitors de vacances no tenen una formació especialitzada per intervenir en situacions de malalties o danys físics, ni de trastorns importants de conducta, tampoc en mesures de contenció física. El Club Llevant actuarà el més diligentment possible, avisant als serveis pertinents i seguint les seves pautes i instruccions.
- Que, d'acord amb el dret a la intimitat i privacitat de les persones, entenem que en el bany i en els dormitoris, en cas de pernoctació, són espais privats dels participants, tenint-hi els monitors acompanyants un accés limitat, vinculat directament únicament a les necessitats de suport transmeses en el full d'inscripció.
- Que en cas de pernoctació es fa ús d'allotjaments normalitzats que disposen de les mesures de seguretat legalment aplicables a cada cas, sense garantir mesures addicionals (barreres protectores als llits, barrots a les finestres, sales de contenció o altres) donat que les característiques dels participants no ho fan necessari.
- Que la valoració i distribució dels grups per necessitats de suport és realitzada per l'equip del Club Llevant, en funció de l'estat de salut, de comportament personal i del grau d'autonomia dels participants, així com dels informes mèdics o psicològics que s'aportin. En casos de nous participants és OBLIGATÒRIA entrevista prèvia amb l'usuari.
- Que m'han donat còpia i accepto el document anomenat "Normativa Club Llevant" obligant-me a complir les obligacions que dimanen de les mateixes.

➤ Em comprometo a:

- Respondre als telèfons exposats a la fitxa d'inscripció, que estaran operatius durant les activitats del Club Llevant. En cas de no fer-ho assumeixo totes les conseqüències i responsabilitats que aquest fet puguin comportar en relació al participant, alliberant totalment al Club Llevant de tota responsabilitat, qui prendrà les decisions medicoquirúrgiques necessàries en cas d'urgències, sempre sota el control mèdic adequat.
- Fer-me càrrec del/la participant en cas que aquest/a no pugui continuar l'activitat. En cas de no fer-ho assumeixo totes les conseqüències i responsabilitats que aquest fet pugui comportar en relació al participant, alliberant totalment al Club Llevant de tota responsabilitat.
- Abonar qualsevol despesa extra ocasionada per mancances o faltes durant l'activitat (roba, estris d'higiene personal, medicació, destrosses de mobiliari, desplaçaments derivats de qualsevol incident, etc).

Tanmateix, s'informa que Aspanin no estarà obligada a seguir legalment les recomanacions dels pares d'adults que no tinguin rehabilitada la potestat parental, ja que no són representants legals dels seus fills, i s'escoltarà directament i s'avaluarà en cada moment si tenen la capacitat natural suficient per entendre les limitacions als seus drets personals i sobre salut i el propi cos.

SIGNATURA: _____

DATA: _____



FITXA AUTORITZACIÓ MÈDICA

En /na _____ amb DNI _____ com a:

pare/mare amb potestat rehabilitada; pare/mare sense potestat rehabilitada ; tutor/a;

persona pròpiament interessada sense incapacitació legal, de: _____
autoritza als monitors d'Aspanin a administrar al meu fill/a tutelat/da la següent medicació:

Pauta

Medicament	Esmorzar	Dinar	Sopar

Si fos necessari;

- Especificar hora exacta per administrar i si ha de ser abans o després l'àpat.

Notes:

- Calculeu la quantitat necessària per tot els dies i afegiu medicació per dos dies més (per si cau a terra, la vomiten, o altres incidents).
- Es imprescindible que especifiqueu els mil·ligrams i les quantitats de cada dosi.
- En el cas de les medicacions administrades "si precisa", cal especificar el motiu que pot requerir l'administració d'aquest medicament.
- Heu de fer arribar una fotocopia del prospecte del medicament i de la recepta electrònica/prescripció mèdica.
- Heu de transmetre qualsevol modificació i caldrà que ens feu arribar novament la fitxa de l'autorització mèdica amb la pauta corregida.

SIGNATURA: _____

DATA: _____