



Clínica Uner
VALORACIÓN Y REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO CEREBRAL



Alicante
City & Beach



MODELO DE INSCRIPCIÓN SERVICIO DE AREA LÚDICO PEDAGÓGICAS PLAYAS DE ALICANTE 2024



Centro autorizado por la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana. Registro Sanitario nº 662

Se recomienda leer todas las partes de la documentación antes de su firma y aceptación.

¿EN QUÉ CONSISTE EL SERVICIO?

Se trata de un programa de asistencia, atención, rehabilitación y realización de actividades pedagógicas y lúdicas para personas con diversidad funcional intelectual y física en las playas del municipio de Alicante: San Juan, Postiguet y Urbanova (Los Saladares), totalmente gratuito para las familias.

¿CUÁNDO SE VA A REALIZAR?

Desde el 1 de julio al 6 de septiembre 2024

DURACIÓN

Será de **UNA SEMANA** con posible repetición de **UNA MÁS** en el caso de no haber lista de espera y cumplir los criterios de repetición de servicio.

HORARIO: El horario del recurso, para usuari@ y familias, es de:

10:30 a 16:30 de lunes a sábado

RASGOS

- La recepción de los usuari@s se hará a partir de las 11:00.
- La recogida del usuari@s será a las 16.15 de la tarde
- El servicio es totalmente gratuito.
- La alimentación corre a cargo del usuari@s.

IMPORTANTE:

EL PERSONAL DEL AREA NO ESTÁ AUTORIZADO A DAR MEDICACIÓN A NINGÚN USUARIO@S POR LO QUE CORRERÁ A CARGO DE LA FAMILIA EL SUMINISTRAR ESTA MEDICACIÓN. PARA ELLO, EL COORDINADOR Y EL FAMILIAR, DEBERÁN PACTAR EL HORARIO DE ASISTENCIA DEL FAMILIAR AL AREA ESPECIAL.

El formulario que se adjunta a continuación es una **pre-inscripción** al servicio, **no** garantiza la plaza.

Como requisito indispensable debe aportarse toda la documentación antes del inicio de cada turno, siendo motivo de exclusión el no cumplimiento del mismo.

Documentación a aportar:

- Fotocopia del DNI.
- Fotocopia del certificado de discapacidad.
- Fotocopia de la tarjeta médica.
- Fotografía reciente.
- Autorización alimentación debidamente cumplimentada y firmada.
- El presente documento debidamente cumplimentado y firmado.
- Protocolo de actuación en caso de accidente del/a usuari@, firmado por los padres/tutores.
- Normas del servicio y demás documentación, firmado por los padres/tutores.

¿Qué traer al SERVICIO?

Mochila espaciosa con el siguiente contenido:

- Protector solar total o mínimo de 50, toalla de playa y gorra.
- **Botellas de agua o zumos** y pajita si lo necesita.
- **Almuerzo, comida y merienda** a diario.
- **Paquete de pañales para la semana** y mudas para cambiarse.
- **Crema de manos o piel que tolere.**
- Productos de higiene personal; toallitas húmedas, peine o cepillo pelo, dentífrico y cepillo de dientes, etc.
- Flotador, manguito o chaleco si lo requiere.
- La alimentación del/a usuari@; serán decepcionadas en el área y deberá venir en recipientes adecuados marcados con el nombre del/a usuari@ y con los cubiertos que se vayan a utilizar; cucharas y tenedores. No se admitirán cuchillos, navajas, etc. La comida deberá **venir cortada desde casa, incluyendo la fruta.**

NORMAS DE USUARI@S Y FAMILIAS

- Todas las inscripciones se gestionarán en la base de datos específica para el servicio.
- Se avisará al coordinador/a en caso de no acudir el usuari@ en la semana asignada. Una vez asignada la semana, **con dos faltas de asistencia sin justificar, y sin avisar** al coordinador

del área, se perderá el derecho de la asignación y pasará directamente a otro usuari@ que esté en lista de espera para esa semana.

- Deberán traer la documentación que el coordinador/a les solicite, así como rellenar y firmar la ficha de inscripción y otros formularios que sean imprescindibles para el acceso al servicio.
- Se deberá ser puntual en la hora de recogida de los/as usuari@.
- Los días de temporal, o de olas de calor, el servicio se cerrará avisando a los padres/madres/tutores para la recogida de los/as usuari@.
- La falsedad u ocultación de los datos aquí suministrados supondrán la cancelación de la plaza asignada.

Ni Clínica UNER ni el Patronato Municipal de Turismo de Alicante (Ayuntamiento de Alicante) se harán responsables de cualquier acontecimiento acaecido como consecuencia de la falsedad u ocultación de datos suministrados en el presente formulario.

A. CRITERIOS DE ADMISIÓN

Se admitirán niños/as y adultos/as con diversidad funcional intelectual y física hasta los 45 años aproximadamente, **QUE NO TENGAN CONDUCTAS AGRESIVAS HACIA SÍ MISMOS O HACIA OTROS USUARI@S.**

Es absolutamente imprescindible que toda la documentación esté firmada y en nuestro poder. No se atenderá a ningún usuari@ que no haya presentado la documentación completa.

El acceso al servicio por parte de los/as interesados/as estará supeditado a los siguientes criterios de admisión, los cuales se presentan en orden de prioridad y puntuación: (máximo 15 puntos).

CRITERIO ADMISION (máximo 15 puntos)	Puntuación criterio	Puntuación demostrada
1. Usuari@ derivados de los Servicios Sociales Ayuntamiento de Alicante	5 puntos	
2. Usuari@ empadronados en el municipio de Alicante	3 puntos	
3. Usuari@ que pasan sus vacaciones en el municipio de Alicante	3 puntos	
4. Población que se encuentre en edades comprendidas entre los 6 y los 25 años	2 puntos	

Se recomienda tener la documentación que demuestra cada criterio ya que se solicitará a la familia en el caso de no haber suficientes plazas en el turno elegido.

Además, se tomará en consideración, siempre que esté debidamente justificado, a:

- Usuari@ procedentes de familias con mayor necesidad de obtener respiro familiar.
- Usuari@ que disfruten y obtengan un beneficio psíquico o físico de las intervenciones específicas realizadas en el servicio.

No podremos atender a:

1. **Personas epilépticas fármaco-resistentes, fotosensibles o aquellos que no tengan control de crisis epilépticas en un periodo mínimo de 5 años, por el riesgo que supone su estancia en el agua, y el calor.**
2. **Personas con conductas agresivas o violentas que supongan un peligro para ellas o para el resto del grupo.**
3. **Todo el grupo semanal: los días de OLA DE CALOR, el área permanecerá cerrada para todo el grupo. Se avisará a las familias para que no acudan al área.**

B. CRITERIOS DE BAJA DEL SERVICIO:

Será motivo de baja del servicio alguna de las siguientes incidencias en el mismo, perdiendo la plaza la semana asignada:

1. **Dos faltas de asistencia sin justificar, y sin avisar** al coordinador del área, se perderá el derecho de la asignación y pasará directamente a otro usuari@ que esté en lista de espera para esa semana.
2. La falta de respeto hacia el personal de las áreas especiales, monitor@s y coordinador@s, por parte de algún familiar.
3. No acatar las normas de los usuari@ o familias de las áreas especiales de playas.
4. Dos faltas de impuntualidad no justificada en la recogida del usuari@.
5. La falta de higiene del usuari@.
6. La falsedad u ocultación de los datos aquí suministrados supondrán la cancelación de la inscripción.

C. CRITERIOS DE REPETICION DE SERVICIO:

Sin ir en detrimento de las personas que no hayan participado en el servicio, y siempre y cuando existan vacantes, el equipo directivo hará una valoración personalizada de cada usuari@ y dependerá su repetición de semana de las siguientes variables:

CRITERIOS DE REPETICION DEL SERVICIO (máximo 20 puntos)	Puntuación criterio	Puntuación demostrada
1. Usuari@ derivados de los Servicios Sociales Ayuntamiento de Alicante	5 puntos	
2. Usuari@ cuya asistencia al servicio ofrece un ayuda para ellos y para los demás miembros del grupo: usuari@ con poca dependencia cuya permanencia en el servicio les haga sentirse felices y útiles (terapia específica)	5 puntos	
3. Usuari@ que, para su movilidad, no se necesite el uso de grúa ortopédica	4 puntos	

4. Cuando se aprecie beneficio y mejora en el usuari@ en el servicio debido al aprovechamiento de los recursos que ofrecemos: terapia, rehabilitación, etc.	4 puntos	
5. Demanda de los padres/madres o tutores por ocupación laboral demostrada o por razones de estrés, etc.	3 puntos	

Se recomienda presentar junto a esta inscripción, los documentos que se estime oportuno para conseguir mayor puntuación en el caso de solicitar repetición de semana.

He leído y acepto las condiciones;

Fdo.

Responsable USUARI@S: _____

MI DNI: _____ EN CALIDAD DE: _____

3. SOCIALIZACIÓN.

SU RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS ES:

RELACIÓN CON LOS MONITORES ES:

SABE ADMINISTRARSE SU DINERO: SÍ NO

LE GUSTA COLABORAR EN ACTIVIDADES: SÍ NO

¿CUÁLES SON SUS PREFERIDAS? (GUSTOS, AFICIONES, DEPORTES...):

SABE NADAR: SÍ NO

OBSERVACIONES:

4. COMUNICACIÓN.

IDIOMA: CASTELLANO VALENCIANO

ATIENDE A SU NOMBRE: SÍ NO

CUÁL ES:

CÓMO SE COMUNICA: VERBALMENTE GESTOS MIRADA

LENGUAJE PROPIO PICTOGRAMAS

OTROS (ESPECIFICAR: _____)

CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN:

SABE LEER: SÍ NO

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:

6.2. ALIMENTACIÓN.

TIENE APETITO: SÍ NO
 SE SIRVE AGUA: SÍ NO
 BEBE EN: VASO BIBERÓN PAJITA
 CON AYUDA SIN AYUDA

OTROS:

ES ALÉRGICO A ALGÚN ALIMENTO: SÍ NO

CUAL:

INGIERE SUSTANCIAS U OBJETOS NO COMESTIBLES: SÍ NO

SIGUE ALGÚN RÉGIMEN ESPECIAL: SÍ NO

CUAL:

ESPECIFICAR SI COME:

SÓLIDOS: SI NO

TRITURADOS: SI NO

6.3. ASEO.

SE ASEA SOLO: SÍ NO

NECESITA SUPERVISIÓN EN:

DUCHA PEINADO SECARSE MANOS

CONTROL DE ESFÍNTERES: SÍ NO

VA SOLO AL W.C.: SÍ NO LO PIDE: SÍ NO

CONTROLA: MICCIÓN: PAQUETE:

DEFECACIÓN: PAQUETE:

TIENE ALGÚN HORARIO PREESTABLECIDO PARA ORINAR: SÍ NO

CUAL:

TIENE HORARIO PREESTABLECIDO PARA DEFECAR: SÍ NO

CUAL:

DÓNDE REALIZA LA MICCIÓN:

W.C: BOTELLA: PAÑAL

¿SE MANTIENE SECO?

SÍ NO

DÓNDE REALIZA LA MICCIÓN:

W.C: BOTELLA: PAÑAL

¿SE MANTIENE SECO?

SÍ NO

ES ALÉRGICO/NO TOLERA ALGUN DESINFECTANTE DE HOGAR SÍ NO

CUAL:

TIENE PIEL ATÓPICA SÍ NO

7. DATOS MÉDICOS.

MEDICAMENTO	HORA	OBSERVACIONES

GRUPO SANGUÍNEO: _____ RH: _____

ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO: SÍ NO

CUAL: _____

TIENE ATAQUES EPILÉPTICOS: SÍ NO

ESTÁ CONTROLADO CON MEDICACIÓN: SÍ NO

ES CASO DE URGENCIA QUÉ ANALGÉSICO PUEDE TOMAR: _____

FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: _____

TIENE DOLOR: SÍ NO TOMA CALMANTES: SÍ NO

CUÁL: _____

PRESENTA DIARREA O ESTREÑIMIENTO: SÍ NO

QUÉ DOSIS TOMA: _____

HA TENIDO O TIENE HONGOS: SÍ NO

Acepto que el personal de las Áreas Especiales administre la alimentación a mi hijo/a, tutorado.

EL/LA USUARI@S DESCRITO NECESITA UN RATIO DE MONITOR/USUARI@:

1 MONITOR/ 3 USUARI@S

1 MONITOR / 2 USUARI@S

1 MONITOR/ 1 USUARI@

Con el objetivo de ofrecer un mejor servicio, le rogamos indique por orden de preferencia (1, 2, 3...) en qué semana desearía acudir al servicio y en qué playa:

LA PLAZA SERÁ CONFIRMADA POR VÍA TELEFÓNICA O MAIL

MES DE JULIO:

- SEMANA: 1 al 6 de JULIO
- SEMANA: 8 al 13 de JULIO
- SEMANA: 15 al 20 de JULIO
- SEMANA: 22 al 27 de JULIO
- SEMANA: 29 al 3 de AGOSTO

PLAYA DE SAN JUAN

PLAYA DE POSTIGUET

MES DE AGOSTO:

- SEMANA: 5 al 10 de AGOSTO
- SEMANA: 12 al 17 de AGOSTO
- SEMANA: 19 al 24 de AGOSTO
- SEMANA: 26 al 31 de AGOSTO

PLAYA DE SAN JUAN

PLAYA DE POSTIGUET

PLAYA DE URBANOVA

MES DE SEPTIEMBRE:

- SEMANA: 2 al 7 de SEPTIEMBRE

PLAYA DE SAN JUAN

Para la Gestión de las Inscripciones:

PLAYA DE POSTIGUET

Para la Gestión de las Inscripciones:

✚ LAS PRE-INSCRIPCIONES SE DEBEN REMITIR AL CORREO SIGUIENTE:

recursos@clinicauner.es cuando se acuda la semana asignada, debe de llevar el original de la documentación en papel al coordinador/a del área.

✚ DEJARLAS AL COORDINADOR DEL AREA ESPECIAL

Este espacio, no rellenar por padres/madres y/o tutores. Se rellenará por Clínica UNER S.L

OBJETIVO MARCADO:

CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA LA ESTANCIA Y REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES EN EL AREA ESPECIAL PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL INTELECTUAL DE LAS PLAYAS DE ALICANTE.

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, incluyendo paseos por el paseo de la playa, baño en el mar, etc.

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) En el caso de no poder recoger yo mismo/a al usuari@, será recogido por el siguiente autorizado/a por mí:

NOMBRE:

DNI:

Nº TELÉFONO:

(* EN EL CASO DE QUE ALGÚN DÍA, EL USUARIO SEA RECOGIDO POR OTRA PERSONA NO AUTORIZA POR MI, DEBERÁ TRAER UNA AUTORIZACIÓN FIRMADA POR MI

- c) Que conozco las normas en caso de accidente:

- ACCIDENTES LEVES:

Tipo: contusiones leves, cortes, picaduras, arañazos, fiebre, mal estar general del usuari@s ...

Pasos en la actuación:

1. Intentar solucionar el problema con el botiquín del área.
 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.

d) Esta autorización, incluye la eximición de responsabilidad al Ayuntamiento de Alicante y a la empresa que desarrolla el programa, en el caso de cualquier contagio.

En _____, a _____ de _____ de 2024

CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL OBTENIDOS DIRECTAMENTE DE LOS INTERESADOS

CLÍNICA UNER, S.L. con CIF **B-54426960** responsable del tratamiento de datos informa, de conformidad con lo establecido en el REGLAMENTO (UE) 2016/679, que los datos de carácter personal son tratados con la finalidad de:

- Prestar un servicio.
- Facturar un producto o servicio contratado.
- Cumplir con las obligaciones legales impuestas a la actividad.

Se procederá a tratar los datos de manera lícita, leal, transparente, adecuada, pertinente, limitada, exacta y actualizada. Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados y que usted se compromete a notificarnos cualquier variación. Una vez finalizado el servicio, estos datos se entregarán al Ayuntamiento de Alicante para su posterior destrucción.

Marque, con una X, si presta su consentimiento expreso para:

Si, acepta incluir sus datos personales en grupos de WhatsApp, Telegram, etc...

Si, acepta que mediante la firma del presente documento usted da su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos con la finalidad mencionada.

Sus datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario y serán borrados cuando haya transcurrido un tiempo sin hacer uso de los mismos.

Si, acepta que se tomen imágenes de sus hijos/a, familiares tutorados en cualquier tipo de formato, su tratamiento y difusión legal y relacionada con el servicio.

De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal, así como revocar el consentimiento prestado, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada o al correo electrónico **recursos@clinicauner.es** y podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna

Fdo: Nombre _____

DNI: _____

Fecha: ____/____/____

Firma: _____