



**AJUNTAMENT DE
LA VILA JOIOSA**



**MODELO DE INSCRIPCIÓN SERVICIO DE AREA
ESPECIAL EN PLAYA DE LA VILA JOIOSA (ALICANTE)
MES DE AGOSTO 2021**

NOTIFICACIONES A MEDITERRÁNEO SERVICIOS MARINOS S.L.
Nueva Dársena Pesquera s/n. 03008 -ALICANTE.

**Tlf: 965 202 201 Fax: 965 206 927 e-mail:
arantza@mediterraneoserviciosmarinos.com**



AJUNTAMENT DE LA VILA JOIOSA

¿QUÉ ES?

Se trata de un programa de asistencia, atención, rehabilitación y realización de actividades pedagógicas y lúdicas para personas con diversidad funcional intelectual, sensorial y/o física de edades comprendidas entre 6 a 45 años, en la playa de La Balseta d'Oli, ubicada en la playa Centro, del municipio de La Vila Joiosa, junto a las áreas accesibles.

Es totalmente gratuito para las familias

¿CUÁNDO SE VA A REALIZAR?

Del 2 al 31 de agosto 2021

HORARIO

9:00 h a 14:00 h de lunes a viernes

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.**

RASGOS

IMPORTANTE:

- Debido a la situación de alerta sanitaria en nuestro país y como medida de prevención por el COVID19, los grupos semanales serán de un máximo de 7 usuarios/as por semana.
- Se dará **PRIORIDAD** a usuarios/as cuya residencia esté en el municipio de La Vila y a las familias que pasen sus vacaciones en el citado municipio.
- La recepción de los usuarios/as se hará a partir de las 9:15.
- La recogida del usuario/a será a las 13:45
- El almuerzo y el tentempié corre a cargo del usuario/a.
- El formulario que se adjunta a continuación es una pre-inscripción al servicio.

Documentación a aportar:

- ✚ Fotocopia del DNI del usuario/a.



AJUNTAMENT DE LA VILA JOIOSA

- ✚ Fotocopia de la tarjeta médica.
- ✚ Fotografía reciente.
- ✚ Autorización medicación/alimentación debidamente cumplimentado y firmado.
- ✚ El presente documento debidamente cumplimentado y firmado., incluyendo el cuestionario COVID-19
- ✚ Protocolo de actuación en caso de accidente del usuario/a, firmado por los padres/tutores.
- ✚ Normas del servicio, firmado por los padres/madres//tutores.

¿Qué traer al Área Especial?

- Almuerzo y botella de agua con el nombre del usuario/a. Este será recepcionado por los monitores que serán los encargados de su control y administración al usuario/a.
El almuerzo y/o desayuno, en el caso de ser fruta o verduras, vendrá licuado o cortado desde casa.
- Mochila espaciosa desinfectada de casa 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.
- Paquete de **pañales para la semana** y mudas para cambiarse.
- Crema de manos o piel que tolere.
- Productos de higiene personal; gel, cepillo o peine, toallitas húmedas, peine o cepillo pelo, etc.
- Flotador, manguito o chaleco si lo requiere.
- Mascarilla protectora si la familia lo cree conveniente.

NORMAS DE USUARIO/A 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 usuario/a 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 usuario/a 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; incluye el cuestionario screening de COVID-19.
- En caso de que el usuario/a tome medicación, deberán meterla en la mochila y comunicar al coordinador/a la dosis y modo de administración, así como firmar la autorización del suministro de la misma.



AJUNTAMENT DE LA VILA JOIOSA

- Se deberá ser puntual en la hora de recogida de los usuarios/as.
- No se podrá acceder al área permaneciendo en la entrada hasta la recepción y recogida de usuario/a. La familia deberá usar la mascarilla cuando necesiten dirigirse a los monitores, siendo preferible usar el teléfono del coordinador del área.
- Los días de temporal, o de olas de calor, el servicio se cerrará avisando a los padres/madres/tutores para la recogida de los usuarios/as.
- La falsedad u ocultación de los datos aquí suministrados supondrán la cancelación de la inscripción.

Mediterráneo Servicios Marinos S.L y el Ayuntamiento de la Vila Joiosa **NO** se hará responsable de cualquier acontecimiento acaecido como consecuencia de la falsedad u ocultación de datos suministrados en los documentos presentados y de cualquier problema generado por un contagio de COVID-19. Por nuestra parte, llevaremos TODAS las medidas necesarias para que esto no se produzca en nuestro entorno de trabajo.

A. CRITERIOS DE ADMISIÓN

Se admitirán niños/as y adultos/as con diversidad funcional intelectual y física hasta los 45 años aproximadamente, siempre que toda la documentación solicitada esté en nuestro poder. No se atenderá a ningún usuario/a 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. Usuarios/as derivados de los Servicios Sociales Ayuntamiento de La Vila Joiosa	5 puntos	
2. Usuarios/as empadronados en el municipio de La Vila Joiosa	3 puntos	
3. Usuarios/as que pasan sus vacaciones en el municipio de La Vila Joiosa	3 puntos	
4. Población que se encuentre en edades comprendidas entre los 6 y los 25 años	2 puntos	

Se recomienda presentar junto a esta inscripción, los documentos que se estime oportuno para conseguir mayor puntuación en el caso de no haber plazas suficientes en el turno elegido.

Además, se tomará en consideración a:

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



AJUNTAMENT DE LA VILA JOIOSA

No podremos atender a 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.

B. 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 usuario/a y dependerá su repetición de semana de las siguientes variables:

CRITERIOS DE REPETICION DEL SERVICIO (máximo 20 puntos)	Puntuación criterio	Puntuación demostrada
1. Usuarios/as derivados de los Servicios Sociales Ayuntamiento de La Vila Joiosa	5 puntos	
2. Usuarios/as cuya asistencia al servicio ofrece un ayuda para ellos y para los demás miembros del grupo: usuarios/as con poca dependencia cuya permanencia en el servicio les haga sentirse felices y útiles (terapia específica)	5 puntos	
3. Usuarios/as que, para su movilidad, <u>no</u> se necesite el uso de grúa ortopédica	4 puntos	
4. Cuando se aprecie beneficio y mejora en el usuario/a 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;

Responsable USUARIO/A:

MI DNI: _____ EN CALIDAD DE: _____

Fdo.



AJUNTAMENT DE LA VILA JOIOSA

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS:			
DNI:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	
N.º SEGURIDAD SOCIAL:			
PADRE/TUTOR:			
DIRECCIÓN:		Nº:	PTA:
LOCALIDAD:	MUNICIPIO:	C.P:	
TELÉFONO:		MÓVIL:	
Correo electrónico:			
ASOCIACIÓN O CENTRO AL QUE ASISTE:			
TIPO DE DISCAPACIDAD/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:				
TENDENCIA A LA FUGA:	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SUELE VOLVER:	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES				



3. SOCIALIZACIÓN.

SU RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS

RELACIÓN CON LOS ADULTOS/MONITORES/TÉCNICOS:

LE GUSTA COLABORAR EN ACTIVIDADES: SÍ NO

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

OBSERVACIONES:

4. COMUNICACIÓN.

IDIOMA: CASTELLANO VALENCIANO

ATIENDE A SU NOMBRE: SÍ NO

CUÁL ES:

CÓMO SE COMUNICA:

VERBALMENTE GESTOS MIRADA OTROS LENGUAJE PROPIO

ESPECIFICAR:

CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN:

SABE LEER: SÍ NO

OBSERVACIONES:



AJUNTAMENT DE LA VILA JOIOSA

5. ASISTENCIA.

ANDA: SÍ NO CON AYUDA :
UTILIZA: SILLA DE RUEDAS
MULETAS
ANDADOR
PRÓTESIS

NECESITA GRÚA PARA SU MOVILIZACIÓN:

SÍ

NO

OTROS:

NECESITA CAMBIOS POSTURALES: SÍ NO

MODO DE REALIZACIÓN Y PERIODICIDAD:

¿REALIZA ALGUNA POSTURA ATÍPICA?:

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

COME DE TODO:

UTILIZA LOS CUBIERTOS: SÍ NO

SE SIRVE AGUA: SÍ NO



AJUNTAMENT DE LA VILA JOIOSA

BEBE EN: VASO BIBERÓN PAJITA
CON AYUDA SIN AYUDA

OTROS:

ES ALÉRGICO A ALGÚN ALIMENTO: SÍ NO

QUAL:

INGIERE SUSTANCIAS U OBJETOS NO COMESTIBLES: SÍ NO
SIGUE ALGÚN RÉGIMEN ESPECIAL: SÍ NO

QUAL:

COME SÓLIDOS:
COME TRITURADOS:

6.3. ASEO.

SE ASEA SOLO: SÍ NO

NECESITA SUPERVISIÓN EN:

DUCHA PEINADO DIENTES SECARSE MANOS

CONTROL DE ESFÍNTERES: SÍ NO

VA SOLO AL W.C.: SÍ NO LO PIDE: SÍ NO

CONTROLA: MICCIÓN: PAÑAL:
DEFECACIÓN: PAÑAL:

TIENE ALGÚN HORARIO PREESTABLECIDO PARA ORINAR: SÍ NO

QUAL:

TIENE HORARIO PREESTABLECIDO PARA DEFECAR: SÍ NO

QUAL:

¿SE MANTIENE SECO? SÍ NO

¿JUEGA CON SUS HECES? SÍ NO

¿NECESITA ENEMAS HABITUALMENTE? SÍ NO



AJUNTAMENT DE
LA VILA JOIOSA

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

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



**AJUNTAMENT DE
LA VILA JOIOSA**

EL/LA USUARIO/A DESCRITO NECESITA UN RATIO DE MONITOR/USUARIO:

1 MONITOR/ 3 USUARIOS

1 MONITOR / 2 USUARIOS

1 MONITOR/1USUARIO

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:

MES DE AGOSTO 2021:

SEMANA: 2 al 7 de AGOSTO

SEMANA: 9 al 14 de AGOSTO

SEMANA: 16 al 21 de AGOSTO

SEMANA: 24 al 28 de AGOSTO

SEMANA: 30 al 31 de AGOSTO

LA PLAZA SERÁ CONFIRMADA POR VÍA TELEFÓNICA O MAIL

**Este espacio, no rellenar por padres/madres y/o tutores. Se rellenará por la empresa
MEDITERRANEO SERVICIOS MARINOS S.L**

OBJETIVO MARCADO:

Nombre, apellidos, NIF y firma

En.....a.....de.....de.....



AJUNTAMENT DE LA VILA JOIOSA

CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA LA ESTANCIA Y REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES EN EL AREA ESPECIAL PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL INTELECTUAL DE LA PLAYA DE LA VILA JOIOSA (Alicante).

Doña/Don _____, con D.N.I. _____, en calidad de madre, padre, tutora o tutor del usuario/a _____, ASISTENTE a la actividades del Área especial para personas con diversidad funcional intelectual de la playa La Balseta D'Oli de la Vila en el mes de agosto 2021.

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 en caso de ser necesario, 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 joven representado.

b) Quedo informado de las siguientes medidas de seguridad y prevención para evitar la transmisión del SARS-CoV2 (COVID19) que la empresa que desarrolla el programa va a llevar a cabo:

- Los educadores/as deberán cumplir todas las normas de seguridad y prevención del COVID19, así como, toma de temperatura con termómetro láser al inicio y al finalizar las actividades a los usuarios/as participantes del servicio.
- Se realizará limpieza y desinfección continua de las instalaciones y de los materiales educativos, fungibles etc, que se vayan a usar durante el desarrollo del programa.
- Los usuarios/as se les lavará las manos cada cambio de actividad con el gel específico que aporte cada familia y se les pondrá la crema necesaria para evitar irritación en la piel.
- Si uno de los usuarios/as participantes empezara a tener síntomas compatibles con la enfermedad COVID19, se contactará de inmediato con los padres o tutores, poniendo a disposición de éstos el teléfono habilitado para ello por la Generalitat Valenciana o centro de salud correspondiente, debiendo abandonar su plaza hasta que su situación médica sea valorada por un profesional sanitario

c) Conozco las normas en caso de accidente:

• **ACCIDENTES LEVES:**

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

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.



**AJUNTAMENT DE
LA VILA JOIOSA**

- 3. Avisar a los padres.
- 4. Pedir parte médico.

c) Esta autorización, incluye la eximición de responsabilidad al Ayuntamiento de La Vila Joiosa y a la empresa que desarrolla el programa Mediterráneo Servicios Marinos S.L, en el caso de contagio por el COVID19.

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

Fdo: Nombre _____

Nombre, apellidos, NIF y firma

En.....a.....de.....de.....



AJUNTAMENT DE LA VILA JOIOSA

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

De conformidad con lo establecido en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos que usted nos facilite serán incorporados al sistema de tratamiento de titularidad de MEDITERRANEO SERVICIOS S.L. con CIF B03176021 y domicilio social sito en c/ Nueva Dársena Pesquera s/n 03008 ALICANTE provincia de ALICANTE, con la finalidad de este fichero contiene datos relativos al control, evolución y administración de nuestros CLIENTES, de forma temporal hasta la finalización del servicio que serán remitidos al Ayuntamiento de La Vila Joiosa.

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.

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.

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 arantza@mediterraneoserviciosmarinos.com y podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna.

Así mismo, acepta que se tomen imágenes de sus hijos/as/tutorados en cualquier tipo de formato, su tratamiento y difusión.

Será obligatorio presentar toda la documentación antes del inicio de cada turno y haber firmado todas las autorizaciones, siendo motivo de exclusión el no cumplimiento del mismo.

Nombre, apellidos, NIF y firma

En.....a.....de.....de.....



**AJUNTAMENT DE
LA VILA JOIOSA**

CUESTIONARIO SCREENING COVID-19

FECHA: _____

En representación de (NOMBRE MENOR):

FECHA NACIMIENTO: _____ SEXO: _____ DNI: _____

PERSONA QUE CUMPLIMENTA: _____

EN CALIDAD DE: _____

En las siguientes preguntas marque con un círculo, SI o NO, la opción correcta.

Estas respuestas son confidenciales.

1. ¿El usuario/a tiene o ha tenido tos seca en los últimos 14 días?	SI	NO
2. ¿El usuario/a tiene o ha tenido fiebre (temperatura \geq de 37 ° C) en los últimos 14 días?	SI	NO
3. ¿El usuario/a tiene o ha tenido dificultad respiratoria en los últimos 14 días?	SI	NO
4. ¿El usuario/a tiene o ha tenido diarrea o trastornos digestivos en los últimos 14 días?	SI	NO
5. ¿Ha notado al menor o joven muy cansado, con dolor muscular o malestar general en los últimos 14 días?	SI	NO
6. ¿Ha notado que el usuario/a haya tenido pérdida de olfato o del gusto en los últimos 14 días?	SI	NO
7. Su familia, ¿Han estado conviviendo o han tenido contacto con una persona con sospecha o confirmación de COVID-19?	SI	NO
8. ¿Ha pasado alguien de la familia el COVID19? En el caso de responder afirmativamente, ¿Qué miembro de la familia?	SI	NO
9. El usuario/a ¿Ha sido hospitalizado o tenido alguna enfermedad grave en los últimos 14 días? En el caso de responder afirmativamente, cuál fue el problema:	SI	NO

Declaro que los datos que he facilitado en el presente cuestionario son ciertos a mi buen saber y entender, y autorizo a la empresa gestora del servicio del "AREA ESPECIAL EN PLAYA DE LA VILA JOIOSA-AGOSTO 2021" al análisis de los datos por mi facilitados.

Fdo. _____