

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN: PROGRAMA “MANO A MANO”
(Proyecto de Respiro Familiar y Actividades Adaptadas para
Menores con Diversidad Funcional)**

DATOS DEL PADRE / MADRE / TUTOR/A LEGAL

D/DÑA

CON DNI.....,

DOMICILIADA/O EN COÍN C/.....,

Nº DE TELÉFONO /.....

SOLICITA: Plaza para el programa municipal de respiro familiar **“MANO A MANO”**, de carácter **totalmente gratuito** para las familias y asistentes. Entiendo que el programa consiste en actividades adaptadas diseñadas por un equipo multidisciplinar para favorecer la conciliación y el bienestar del menor.

DATOS DEL MENOR (Nacidos/as entre 2013 y 2021):

- **NOMBRE COMPLETO:**
- **FECHA DE NACIMIENTO:**
- **TIPO DE DIVERSIDAD FUNCIONAL (Intelectual, física, sensorial o del neurodesarrollo). Especificar diagnóstico en caso de tenerlo:**
- **GRADO DE DISCAPACIDAD RECONOCIDO:** _____ % (Adjuntar documentación)
- **¿ESTÁ INSCRITO EN EL SISTEMA DE DEPENDENCIA (SAAD)?:** SI / NO

INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL DISEÑO DE ACTIVIDADES: *(Estos datos serán ampliados en la entrevista individual obligatoria con el equipo multidisciplinar)*

- **TRATAMIENTO / ENFERMEDAD / ALERGÍAS:**
- **OBSERVACIONES (Necesidades de apoyo, conducta, comunicación, etc.):**

DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA (Obligatoria para el registro):

- Fotografía reciente del menor.
- Fotocopia del DNI de los progenitores.
- Copia del grado de minusvalía e informes de diagnóstico (EOE, informes médicos, etc.).
- **Carta de Derechos y Deberes firmada** (donde se acepta seguir las pautas de los profesionales).

AUTORIZACIONES Y COMPROMISOS:

D/Dña _____

como (madre/padre o tutor/a), doy mi **AUTORIZACIÓN** para que mi hijo/a:

☐ Participe en actividades programadas en distintos espacios municipales (Juventud, Cine, Biblioteca, etc.). ☐ Sea grabado/fotografiado con fines exclusivos de gestión y difusión del programa inclusivo. ☐ Autorizo al Ayuntamiento de Coín a acceder al padrón municipal para confirmar mi residencia.

COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN: Me comprometo a asistir a la **entrevista individual previa** con el equipo de psicología, logopedia y terapia ocupacional, así como a seguir las indicaciones técnicas para favorecer la estabilidad del menor durante el servicio.

En Coín, a _____ de _____ de 202__ Fdo:

PROTECCIÓN DE DATOS En cumplimiento de la **L/O 3/2018 de 5 de diciembre**, los datos personales obtenidos serán incorporados al fichero “Servicios Sociales” del Excmo. Ayuntamiento de Coín para la gestión del programa de atención a personas con diversidad funcional. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación y cancelación en el Ayuntamiento de Coín (Plaza Alameda, 28).