

**CAMPAMENTOS URBANOS DIVERCONCILIAMOS**

**NAVIDADES 2025**

**AREA DE BIENESTAR SOCIAL**

**CUESTIONARIO DE CARACTERISTICAS PERSONALES**

<b>DATOS PERSONALES DEL NIÑO/A Y ESCOLARIZACIÓN</b>		
Nombre y apellidos		
Edad		
Domicilio		
Con quien convive en casa		
Quien rellena el cuestionario		
Teléfono de la persona que rellena el cuestionario		
Nombre del Centro educativo al que acude.		
Dirección del centro educativo	Teléfono del centro educativo	
¿Autoriza a contactar con el centro?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Persona de contacto del centro educativo		
Escolarizado/a en AULA TEA	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
<b>DATOS RELATIVOS AL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</b>		
Grado de discapacidad (%)		
Tipo diversidad funcional		
Características		
<b>DATOS MEDICACIÓN/TRATAMIENTO</b>		
¿Precisa medicación y/o tratamiento específico?		
En caso AFIRMATIVO, cumplimente el siguiente cuadro		
Medicamento:		
Medicamento:		
<b>OTRAS ESPECIFICACIONES</b>		
Grupo Sanguíneo		
¿Tiene la vacuna antitetánica?	Fecha de vacuna:	
¿Padece alguna enfermedad infectocontagiosa?	¿Cuál?	
¿Padece epilepsia?	En así afirmativo, ¿De qué tipo?	
Fecha última crisis epilepsia		
¿Ausencias?	Son controladas con la medicación:	
¿Se utiliza alguna medicación de rescate en caso de crisis?	Nombre medicación:	

¿Sufre Asma?	¿Se marea con facilidad?	¿Gafas?	¿Audífonos?
¿Utiliza apoyos para la movilidad?		¿Qué apoyos utiliza?	
<b>AMPLIACIÓN DE INFORMACIÓN</b> <i>Para ayudar al equipo educativo a adecuar la intervención durante la actividad</i>			
<b>COMIDA-BEBIDA</b>			
¿Necesita beber mucho?	¿Con apoyo?	¿Qué tipo de apoyos?	
¿Problemas al tragiar?	¿Con apoyo?	¿Qué tipo de apoyos?	
¿Tiene alergia a algún alimento?	¿A qué alimento?		
¿Intolerancia a bebidas/comidas excepcionales (Chuches, bebidas con gas, frutos secos...)?		¿A qué?	
¿Sigue un tipo de dieta alimentaria?		¿Qué dieta?	
<b>MOVILIDAD</b>			
¿Anda de manera independiente?	Aspectos que destacar:		
¿Necesita apoyo continuo?			
¿Qué apoyos necesita?			
<b>CONTROL DE ESFÍNTERES</b>			
¿Sabe cuándo tiene que ir al servicio?	Observaciones:		
¿Hay que preguntar si quiere ir al baño?	¿Cada cuánto tiempo necesita ir al servicio?		
¿Utiliza el papel higiénico de forma adecuada?	Observaciones:		
Necesita ayuda para ir al baño	Observaciones:		
<b>HIGIENE</b>			
¿Necesita apoyo para lavarse las manos?	¿Qué tipo de apoyo necesita?		
¿Necesita apoyo para vestirse?	¿Qué tipo de apoyo necesita?		
¿Reconoce y cuida los utensilios de aseo?	Observaciones:		
<b>LENGUAJE</b>			
¿Posee lenguaje oral?	Observaciones:		

¿Tiene amplio vocabulario?	Observaciones:
¿Tiene lenguaje claro?	Observaciones:
¿Entiende y emite frases cortas?	Observaciones:
¿Comprende pautas u órdenes?	Observaciones:
¿Utiliza un sistema alternativo de comunicación?  ¿Existe la posibilidad de aportar material para la comunicación?	¿Qué tipo de sistema de comunicación utiliza?
<b>RELACIONES CON LOS IGUALES</b>	
¿Es tímido/a y/o callado/a?	Estrategias educativas para promover conductas positivas:
¿Muestra frustración con facilidad?	Estrategias educativas para promover conductas positivas:
¿Presenta rabietas con frecuencia?	Estrategias educativas para promover conductas positivas:
¿Sabe jugar en grupo?	Estrategias educativas para promover conductas positivas:
¿Muestra conductas escapistas?	Estrategias educativas para promover conductas positivas:
<b>Observaciones:</b>	
<b>PISCINA</b>	
¿Le gusta la piscina?	Observaciones
¿Necesita material de apoyo (manguitos, flotador, etc.)?	Observaciones
¿Utiliza tapones para los oídos?	Observaciones
¿Existen contraindicaciones para el desarrollo de actividades en medio acuático?	Observaciones

¿Identifica sus pertenencias?	Observaciones
-------------------------------	---------------

¿QUÉ LE GUSTA HACER EN SU TIEMPO LIBRE?	
Juegos deportivos	Observaciones
Talleres o manualidades	Observaciones
Escuchar música y/o bailar	Observaciones
Hacer Excusiones	Observaciones

¿Qué otras cosas le gustan hacer?

EXPERIENCIA EN CAMPAMENTOS	
Con el colegio	Observaciones
Con otra entidad	Observaciones
¿Fue una experiencia positiva?	Observaciones

OTROS DATOS DE INTERÉS	

Ratio del participante:

- **Ratio 1/1:** Un/a monitor/a para apoyar un/a niño/a. Cuando el/la participante necesita apoyo constante debido a sus altas necesidades de apoyo.
- **Ratio 1/2:** Un/a monitor/a para dos niños/as. Cuando los/las participantes tienen características similares y compatibles. Necesita apoyo en algunas áreas de su vida y supervisión en otras que puede desempeñar más autónomamente.
- **Ratio 1/3:** Un/a monitor/a para tres niños/as. Cuando los/las participantes tienen características similares, compatibles y resulta un apoyo específico, es decir, reforzando momentos concretos para cada uno/a de ellos/as. Solo tienen apoyo en momentos específicos.
- **Ratio 1/5:** el participante tiene pocas necesidades de apoyo y solo necesita cierta supervisión.

¿Cómo familiares, que ratio valoráis que necesita vuestro familiar?	
El centro educativo al que acude el participante valora que la ratio adecuada sería:	

Fecha:

Firma:

*(Deberá estar firmado por el padre/madre o tutor/a o representante legal)*