

INSCRIPCIÓN ACTIVIDADES 2025/2026

PARTICIPANTE

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
FECHA NACIMIENTO: _____ D.N.I.: _____

PADRE/MADRE/F. ACOGEDOR/A REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
D.N.I.: _____ TFNO. CONTACTO: _____
Nº DE CUENTA: _____
EMAIL: _____

SOCIO ___
NO SOCIO ___

HABILITACIÓN PSICOSOCIAL

- Refuerzo de actividades específicas
- Habilidades sociales
- Ocio y tiempo libre
- Legoterapia
- Sábados dinámicos
- Psicomotricidad vivenciada 1
- Psicomotricidad vivenciada 2

PROGRAMA DEPORTIVO

- Natación acompañada 1
- Natación acompañada 2
- Natación
- Multideporte
- Deporte
- Gimnasia postural
- Motricidad txiki

PROGRAMA DE APOYO FAMILIAR

- Respiros
- Excursiones
- Campamentos
- Colonias
 - Primavera
 - Verano
- Talleres de invierno
- Escuela de familias y hermanos

PROGRAMA TERAPÉUTICO

- Estimulación del lenguaje
- Musicoterapia
- Intervención con animales

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS Y PUBLICACIONES DE IMÁGENES

Don/Doña _____ con DNI _____ como padre/madre/tutor/tutora legal
del usuario/usuario de las actividades impartidas desde la Asociación Autismo Araba Tearaba Elkartea

sí
NO

autorizo a los monitores y monitoras/ educadores/as de la misma para la realización de fotografías, grabaciones de vídeo durante el desarrollo de las diversas actividades y publicarlas en la página web de la Asociación y/o en diferentes redes sociales.

Firma padre/madre/tutor/tutora legal: