

INSCRIPCIÓN ACTIVIDADES 2024/2025

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: _____

BREVE DESCRIPCIÓN DEL USUARIO _____

HABILITACIÓN PSICOSOCIAL

- Refuerzo de actividades específicas
- Habilidades sociales
- Musicoterapia
- Legoterapia
- Taller de cocina
- Ocio y tiempo libre

PROGRAMA DEPORTIVO

- Matronatación*
- Natación
- Psicomotricidad
- Multideporte
- Deporte
- Yoga infantil*
- Gimnasia postural *
- Sábado activo

PROGRAMA DE APOYO FAMILIAR

- Respiros
- Campamentos y excursiones
- Colonias
 - Invierno (mitad de duración)
 - Primavera
 - Verano
- Escuela de familias
- Escuela de hermanos

PROGRAMA TERAPEUTICO

- Estimulación del Lenguaje
- Atención Terapéutica

*Tanto Matronatación como Yoga infantil son actividades con la compañía de un adulto. La Gimnasia postural, es una actividad familiar.

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 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 diferentes redes sociales.

Firma padre/madre/tutor/tutora legal: