

**PROGRAMA “VERANO SIN BARRERAS”  
2026**

Nombre y Apellidos del/la solicitante:

¿Es la primera vez que solicita participar en el Programa?  Sí  No

D.N.I.

Fecha de nacimiento

Domicilio (calle, plaza, portal, número,...)

Municipio

Código Postal

Teléfono/s de contacto

En su caso, datos del representante legal. Nombre y Apellidos

D.N.I.

Parentesco con solicitante

Teléfono de contacto

GRADO:

Documentación a aportar:

- Informe médico.
- Certificado de Grado de Discapacidad.
- Certificado de Discapacidad.

Calificación de discapacidad (tipo):

- Física u orgánica  Sensorial
- Intelectual  Mental
- Trastorno del desarrollo
- Otras: \_\_\_\_\_

**¿Utilizas ayudas técnicas para la movilidad y/o requisito específico de comunicación?**

Sí  No

Silla de ruedas → ¿Es plegable?  Sí  No

Muletas / Bastón  Andador

SAAC (Pictogramas, Lengua de signos, etc.)  Otros: \_\_\_\_\_

**¿Utilizas alguna ayuda específica de las siguientes?**  Sí  No

Canceladores de ruido

Zona de regulación sensorial y emocional  Tiempos de espera cortos

Otras necesidades relacionadas con la movilidad o la participación (Especifíquelas):

\_\_\_\_\_

**¿Acudes a alguno de estos servicios de la Red Insular?**  Sí  No

Centro ocupacional  Centro de día  Servicio de Promoción de la Autonomía

**¿Cuál es el nombre del servicio al que acude?** \_\_\_\_\_

**¿Disfruta usted del servicio de ayuda a domicilio?**  Sí  No

**AUTORIZO INTERCAMBIO DE DATOS CON ESTOS SERVICIOS**  Sí  No

**Señale los días de preferencia para asistir a las actividades:**

LUNES  MARTES  MIÉRCOLES  JUEVES  VIERNES

**¿Le apetece acudir a actividades extracomunitarias algún sábado?**  Sí  No

**Señale el período de participación:**

15 días  Un mes  Dos meses  Tres meses

Especificar período en el que acude:

**De cara a la organización del programa, nos gustaría saber si cuentan con ausencias programadas:**  
(Especificar fechas)

Fecha de participación: del 01 de julio al 30 de septiembre.

**Puntos de Servicio en Breña Alta, Los Llanos de Aridane y Puntagorda**

**Correo electrónico:** [veranosinbarreras@cablapalma.es](mailto:veranosinbarreras@cablapalma.es)

**Teléfonos:** 922423100 - **extensiones:** 4465 / 5081

**Móvil:** 659526623

## FICHA DEL / LA PARTICIPANTE

### INDICACIONES PARA EL SERVICIO DE TRANSPORTE

¿Necesita servicio de transporte?  Sí  No

¿Necesita servicio de transporte adaptado?  Sí  No

Si eres usuario en silla de rueda, ¿Cómo prefieres ir sentado en el transporte?

En la silla de ruedas  En el asiento propio del transporte

¿Necesita recogida en su domicilio?

Sí (Obligatorio: adjuntar anexo declaración jurada)

Dirección de recogida:

No

Otros

**Se establecerá Punto de Recogida General próximo a su domicilio.**

Acudo por cuenta propia, en transporte propio o público, o me traslada un familiar.

¿Necesita entrega en su domicilio?

Sí

Especificar dirección:

No

**Observaciones:**

### INDICACIONES PARA EL SERVICIO DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Contraindicaciones médicas  No  Sí, Aporte información

Recomendaciones médicas  No  Sí, Aporte información

Cambios posturales  No  Sí, Aporte información

Cambios de pañal  No  Sí, Aporte información

Hidratación entre horarios de comidas  No  Sí, Aporte información

**Observaciones:** (en caso de contraindicaciones/recomendaciones médicas aportar certificado médico.)

## INDICACIONES PARA EL EQUIPO DE ANIMACIÓN Y OCIO Y TIEMPO LIBRE

Señale sus preferencias:

- Actividades lúdico-deportivas adaptadas
- Baños en el mar
- Paseos en la playa y alrededores
- Participar en actividades comunitarias que se organicen en el entorno: cine, museo, conciertos, romerías, etc.
- Talleres que fomenten la interacción entre compañeros/as y monitores/as de la actividad
- Dinámicas de grupo y ocio
- Juegos de mesa y juegos alternativos
- Otras preferencias:  
\_\_\_\_\_

NO AUTORIZO al Cabildo Insular de La Palma para solicitar de los Organismos Públicos cuantos certificados relativos a mi situación o a la de mi representado sean necesarios para tramitar la presente solicitud, así como para la recopilación de los mismos y su incorporación a ésta.

NO AUTORIZO al Cabildo Insular a compartir información con servicios de dependencia dados de alta en SPAP, Centro Ocupacional, Centro de Atención Diurna y SAD.

NO AUTORIZO a la empresa organizadora a trasladar a mi familiar al médico/servicio de urgencias.

Cabildo Insular de La Palma informa que los datos de carácter personal facilitado y solicitado, serán utilizados para la inscripción en la actividad de Verano sin Barreras. Sus datos se mantendrán en nuestras bases de datos mientras persista la relación con la entidad y en todo caso hasta la retirada de su consentimiento y/o por obligación legal. Todo ello en base a su consentimiento expreso y relación como solicitante de inscripción. No se cederán sus datos a terceros salvo los que usted autorice expresamente y exista obligación legal. No se realizarán transferencias internacionales de sus datos. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y limitación, por medio de documento que le identifique, dirigido al Cabildo Insular de La Palma, Avenida Marítima nº 3, 38700, Santa Cruz de La Palma. O bien en la dirección de correo electrónico de nuestro Delegado de Protección de Datos: dpo@cablapalma.es. En el caso de no haber obtenido con satisfacción el ejercicio de sus derechos, puede presentar reclamación ante la Autoridad de Control. Más información sobre el ejercicio de derechos y protección de datos en la Política de Privacidad de nuestra Página Web: www.cabildodelapalma.es.

**SOLICITA:** Le sea concedida plaza en el Programa “**VERANO SIN BARRERAS 2026**”

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026

**Firma del/la solicitante** (o representante legal si procede)

**EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL EXCMO. CABILDO INSULAR DE LA PALMA**