



CAMPUS INCLUSIVO
MEJORES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD
(3 a 21 años)
VERANO 2026

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

C.U.D.: 1633624600075614342 para verificar este documento en <http://selelectronica.cabildola palma.es/validacion>

Nombre y Apellidos del/la Solicitante:

D.N.I.

Fecha de Nacimiento

Dirección domicilio: (calle, plaza, camino, portal, número...)

Municipio

Código postal

Calificación de Discapacidad (tipo)

Grado

FISICA

PSIQUICA

SENSORIAL

¿Utiliza ayudas técnicas?

NO.

SÍ.

¿Qué tipo de ayuda?

Silla de ruedas

Bastón/muletas

Andadora

Mesa auxiliar

Cubiertos adaptados

Plato adaptado

Gafas

Audífonos

Sistemas Aumentativo y Alternativo de Comunicación – SAAC (pictos, lengua de signos, tablero comunicación,...)

Otros:

¿Tiene alguna necesidad específica de las siguientes? Marque cuantas correspondan:

Sillas de ruedas personales

Asistencia auxiliar en los desplazamientos

Canceladores de ruido

Zona de regulación sensorial y emocional

Tiempos de espera cortos

Otras necesidades relacionadas con la movilidad o la participación (por favor, especifíquelas)

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

C.U.D.: 16336246200075615342 Puede verificar este documento en <https://sedeelectoral.ca.cabildodepalma.es/validacion>

¿Tiene algún requisito específico de comunicación? Marque cuantas

correspondan:

- Información en Lectura Fácil
- Interpretación de lengua de signos
- Materiales impresos en letra ampliada
- Materiales impresos en braille
- Otros** (por favor, especifíquelos)

¿Tiene alguna necesidad alimentaria especial? Marque las respuestas que

correspondan y especifique los detalles:

- Alergia a...
- Intolerancia a...
- Dieta vegana
- Dieta vegetariana
- Cocina kosher
- Cocina halal
- Otras** (por favor, especifíquelas)

¿Tiene otros requerimientos de accesibilidad que no estén contemplados en el formulario? Por ejemplo, si lleva perro de asistencia u otro apoyo natural o profesional.

Por favor, especifíquelos.

Datos del centro dónde está escolarizado:

¿Acude a aula enclave? Sí No

¿Acude a algún servicio? Cual:

Datos de identificación del/ de la **Padre** **Madre**

Representante/tutor/a legal

Nombre y apellidos:

D.N.I.

Teléfonos de contacto

¿Han participado en el Programa de Respiro Familiar que realizaba el Cabildo?

NO SÍ

Señale los días de preferencia para asistir al CAMPUS:

LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES

Señale el período de participación en el CAMPUS

15 días Un mes Dos meses

Especificar período en el que acude:

Señale ausencias programadas:

(Indique si tiene alguna ausencia prevista durante el desarrollo del campus. En caso afirmativo, especifique las fechas y el motivo.)

Plazo de inscripción:

24 de abril al 24 de mayo

Fecha de participación Campus: Del 01 de julio al 31 de agosto. (Horario de 09:00 a 14:00)

Correo Electrónico: campusinclusivo@cablapalma.es

Teléfonos: 922423100. Extensiones: 5081

FICHA DEL/DE LA PARTICIPANTE DEL "CAMPUS INCLUSIVO"

INDICACIONES PARA LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

¿Solicita transporte?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
¿Es usuario/a en silla de ruedas?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
¿Es plegable?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
¿Solicita comedor?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
¿Necesita apoyos en el momento de la comida?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí, Aporte información
¿Tiene alergia a algún alimento?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí, Aporte información
¿Toma medicación en ese horario?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí, Aporte información

OBSERVACIONES PARA EL SERVICIO DE COMEDOR:**INDICACIONES SANITARIAS**

Contraindicaciones médicas	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí, Aporte información
Recomendaciones médicas	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí, Aporte información
Cambios posturales	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí, Aporte información
Cambios de pañal	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí, Aporte información
Hidratación entre horarios de comidas	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí, Aporte información

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

DECLARO bajo mi responsabilidad ser ciertos y comprobables documentalmente todos y cada uno de los datos consignados en la presente solicitud.

El Cabildo Insular de La Palma informa que los datos de carácter personal facilitado y solicitado, serán utilizados para la inscripción en el campus Inclusivo. 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 las que usted autorice expresamente y obligación legal. No se realizan transferencias internacionales de sus datos. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad 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. Mas información sobre el ejercicio de derechos y protección de datos en la Política de Privacidad de nuestra Página Web: www.cabildodelapalma.es.

- AUTORIZO al Cabildo Insular de La Palma para solicitar de los Organismos Públicos cuantos certificados relativos a mi situación 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.
- AUTORIZO al Cabildo Insular a compartir información con colegios y/o servicios de dependencia dados de alta en SPAP, (Atención Temprana, SAD).
- AUTORIZO a la empresa Ocide a trasladar a su hijo/a al médico/servicio de urgencias.

SOLICITA:

que se sea concedida plaza de beneficiario/a en el CAMPUS INCLUSIVO VERANO 2026.

En _____ a _____ de _____ de 2026.

Firma del/la solicitante (o tutor si procede)

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