



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

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

C.U.D.: 163362460779435150 Para verificar este documento en <http://selelectronica.cabildopalma.es/solicitud>

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.: 16336246207731355150 Puede verificar este documento en <https://sedeelectoralica.cabildoelapalma.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 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. 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 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