

CAMPO DE TREINO MAIS EU 2018 (residencial)

INSCRIÇÃO Nº _____

1. ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ (dd/mm/aaaa) Telemóvel: _____

Escolaridade: _____ Estabelecimento de Ensino: _____

Cartão de Cidadão: _____ NIF: _____ NISS: _____

Filiação: _____

Morada: _____ Localidade: _____ Cód. Postal: _____ - _____

2. AGREGADO FAMILIAR

Nome da Mãe: _____

Morada: _____ Localidade: _____ Cód. Postal: _____ - _____

Telemóvel: _____ Telefone/Emprego: _____ E-mail: _____

Nome da Pai: _____

Morada: _____ Localidade: _____ Cód. Postal: _____ - _____

Telemóvel: _____ Telefone/Emprego: _____ E-mail: _____

3. INSTITUIÇÃO (preencher apenas se o participante estiver institucionalizado)

Nome da Instituição: _____

Morada: _____ Localidade: _____ Cód. Postal: _____ - _____

Pessoa responsável a contactar: _____ Telefone: _____

Cargo na instituição: _____ Telemóvel: _____

4. INFORMAÇÃO ADICIONAL (respeitante ao participante)

Tem Spina Bífida? Sim ____ Não ____ Se sim, nível da lesão: _____

Tem Hidrocefalia? Sim ____ Não ____ Se sim, tem válvula/shunt? Sim ____ Não ____ Obs.: _____

Outras patologias: _____ Obs.: _____

Utiliza auxiliares de marcha (canadianas, cadeira de rodas, talas...)? Sim ____ Não ____ Se sim, quais? _____

É a 1ª vez que frequenta um campo de treino/colónia? Sim ____ Não ____

Se sim, quantas vezes já teve esta experiência? _____ Sabe nadar? Sim ____ Não ____

Documentos a Entregar com a Inscrição

- Cópia do Cartão de Cidadão ou Autorização de Residência da criança
- Cópia do Cartão de Utente do Centro de Saúde (em caso de cidadão estrangeiro)
- Ficha de Informação Médica devidamente preenchida (fornecida em anexo)
- Ficha de Avaliação do Grau de Autonomia nas AVDs (fornecida em anexo)

PROTEÇÃO DE DADOS

A ASBIHP, Associação de Spina Bífida e Hidrocefalia de Portugal é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que presta apoio a pessoas com Spina Bífida e/ou Hidrocefalia e suas famílias, com vista à sua reabilitação, integração social e comunitária e a defesa dos seus direitos. No âmbito da sua atividade recolhe dados pessoais pelos quais assume o compromisso na proteção da privacidade.

A Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais, que ora apresenta descreve os pontos relevantes sobre os dados que são recolhidos, como são recolhidos, quais as finalidades do tratamento, como os pode consultar, entre outras situações.

Os **dados que recolhemos** dizem respeito ao nome, endereço eletrónico, morada/localidade, telefone, número do documento de identificação pessoal e fiscal, data de nascimento, sexo, nacionalidade, habilitações académicas, situação profissional, das crianças utentes e dos seus Pais.

Ainda quanto aos utentes, no âmbito da elaboração do seu processo, podem ser colhidos dados considerados sensíveis, nomeadamente parâmetros biométricos, dados relacionados com exames de diagnóstico de terapêuticas relevantes para a avaliação do utente, sendo efetuado o registo detalhado da história clínica do utente pelos profissionais que o acompanham.

Tratamos os seus dados de forma lícita, leal e transparente.

Recolhemos os seus dados para **finalidades** determinadas, explícitas e legítimas, para as quais são adequados, pertinentes e limitados. Conservamos os dados de forma a permitir a identificação dos seus titulares apenas durante o período estritamente necessário e dentro do legalmente permitido para a prossecução das finalidades de recolha ou do tratamento posterior.

Os dados são tratados com a finalidade de fornecer uma resposta e acompanhamento adequado ao utente, no âmbito da participação do Campo de Treino Mais Eu. Os dados dos Pais e/ou encarregados de educação são necessários ao consentimento do menor.

O titular dos Dados Pessoais tem direito a solicitar, por escrito, a qualquer momento, à ASBIHP, o acesso, a retificação, o apagamento dos dados, a limitação do tratamento, a oposição ao tratamento dos seus dados.

Para exercer qualquer destes direitos, solicite-o por email para sede@asbihp.pt ou por escrito para Rua Botelho Vasconcelos, Lote 567, Letra D, Zona J Chelas, 1900-637 Lisboa.

Tem, para além destes direitos, o direito de apresentar reclamação junto da autoridade de controlo – Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Termos de Responsabilidade

Declaro que:

- | | SIM | NÃO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Tomei conhecimento que ao inscrever a/o minha/meu educanda/o concordo com as normas descritas no Regulamento Interno do Campo de Treino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Autorizo a deslocação e estada da/do minha/meu educanda/o no Campo de Treino da ASBIHP durante a semana de 29/07/2018 a 04/08/2018, que decorrerá nas instalações da APPACDM, na Quinta da Fonte Quente, na Tocha. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Autorizo a captação e utilização de imagens da/do minha/meu educanda/o recolhidas durante o campo de Treino, com o fim de possível divulgação nos meios de comunicação social da Associação (facebook, newsletter, site ou blog) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Autorizo a/o minha/meu educanda/o a participar em todas as atividades a realizar no âmbito do campo de treino e assumo integral responsabilidade por quaisquer danos ou prejuízos, que eventualmente sejam causados pelo meu educando/a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Declaro que a/o minha/meu educanda/o possui as condições de saúde e de integridade física e emocional que permitem a sua participação nas atividades do campo de treino, não apresentando quaisquer feridas e/ou lesões cutâneas que impliquem cuidados diários ao nível da enfermagem, mais ainda, declaro que não ocultei à organização qualquer dado relevante sobre o seu estado de saúde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

O responsável/Encarregado de Educação:

(Assinatura) _____

Data: ____/____/____

Obs: O preenchimento completo e verdadeiro deste boletim é obrigatório; os dados são objeto de confidencialidade; só serão consideradas válidas as inscrições que chegarem aos serviços da ASBIHP até ao dia 07 de Julho.

RECEÇÃO (A preencher pela ASBIHP)

Data de Entrada: _____

Nome da pessoa que recebeu a ficha _____

Rúbrica: _____

Anexo 1: Ficha de Informação Médica

Nome da criança: _____

Hospital de Referência: _____ Médico Assistente: _____

Centro de Saúde: _____ Médico Responsável: _____

Indique se a criança tem (assinale com uma cruz):

Alergias (medicamentos, alimentos ou outras...)	Não	Sim	Quais:
Problemas relacionados com o sono?	Não	Sim	Especifique:
A criança pode tomar banhos de piscina?	Não	Sim	Observações:
A criança pode tomar banhos de praia?	Não	Sim	Observações:
A criança tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?	Não	Sim	Especifique:
Dieta alimentar específica? Há algum alimento que a criança não goste?	Não	Sim	Qual?
Realiza algaliações?	Não	Sim	De quanto em quanto tempo/horas?
Realiza treino intestinal?	Não	Sim	De quanto em quanto tempo/horas?
Quando foi a última dejeção?			Dia:
A criança está a tomar medicamentos?	Não	Sim	<i>Indicar no quadro seguinte</i>

Nome do Medicamento	Hora	Posologia/Dose

Anexo 2: Ficha de Avaliação do Grau de Autonomia nas Atividades da Vida Diária (a preencher pelos cuidadores)

Classifique o nível de autonomia nas Atividades de Vida Diária: Coloque uma cruz na coluna correspondente

		Muita ajuda	Pouca Ajuda	Apenas supervisão	Totalmente independente	Observações/ Não aplicável
Alimentação	Agarrar nos talheres					
	Cortar os alimentos					
	Pôr a mesa/arrumar					
Vestir	Veste a parte superior					
	Veste a parte inferior					
Despir	Despe a parte superior					
	Despe a parte inferior					
Calçar	Veste as meias					
	Coloca as talas					
	Calça os sapatos					
	Ata os atacadores					
Descalçar	Despe as meias					
	Tira as talas					
	Desaperta os atacadores					
	Descalça os sapatos					
Algaliação	Prepara o material					
	Realiza a manobra					
Eliminação das fezes	Prepara o material					
	Realiza a manobra					
Transferências	Cama – Cadeira de Rodas					
	Cadeira de Rodas – Cama					
	Cadeira de Rodas – Sanita					
	Sanita – Cadeira de Rodas					
	Entrar para a banheira					
	Sair da banheira					
Locomoção/ marcha	Sobe passeios					
	Desce passeios					
	Sobe rampas					
	Desce rampas					
	Sobe escadas					
	Desce escadas					
Compreensão e Comunicação	Cumprer regras/ordens					
	Expressa-se oralmente de forma perceptível					
	Utiliza gestos para se expressar					
Capacidade de organização	Organiza as tarefas do dia-a-dia					
	Cumprer as tarefas e compromissos, revelando responsabilidade					
Interação social/ Relacionamento com os pares	Consegue manter uma conversa					
	Mantém diálogo com pessoas diferentes					
	Coopera e relaciona-se com os outros					
Análise e resolução de problemas	É autónomo na resolução de problemas					
	Não frustra face aos problemas					
	Encontra soluções/alternativas para o problema					
Capacidade de tomada de decisão	É autónomo a tomar decisões					
	Realiza escolhas entre várias opções					
Capacidade de memória	Retém as regras de um jogo					
	Identifica e lembra-se dos passos das manobras					
	Identifica percursos/ruas/caminhos					

A preencher pelo participante

Refere quais as maiores dificuldades com que te deparas no teu dia-a-dia?

O que gostarias de **aprender e treinar** neste campo?