

BOOTCAMP SER ACTIVO 2018 (residencial)

INSCRIÇÃO Nº _____

1. ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

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

Grau de escolaridade: _____

Cartão de Cidadão: _____ NIF: _____ NISS: _____

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

Telemóvel: _____ E-mail: _____

Em caso de emergência contactar: _____

Grau de parentesco: _____ Telemóvel: _____

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

Nome da Instituição: _____

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

Pessoa responsável a contactar: _____ Telefone: _____

Cargo na instituição: _____ Telemóvel: _____

3. 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.: _____

Contacto médico assistente: _____

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

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

Se sim, quantas vezes já teve esta experiência? _____

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, com a entrega da presente inscrição, **concordo** com as normas descritas no Regulamento Interno do Campo de Treino
- **Tomei conhecimento** dos requisitos de admissão do Bootcamp “Ser Ativo” e declaro que cumprio os mesmos (situação de desemprego, procura de primeiro emprego ou inatividade profissional e autonomia funcional total).
- **Autorizo** a captação e utilização de imagens minhas recolhidas durante o Bootcamp “Ser Activo”, com o fim de possível divulgação nos meios de comunicação social da Associação (facebook, newsletter, site ou blog)
- **Assumo** integral responsabilidade por quaisquer danos ou prejuízos, que eventualmente sejam causados por mim durante a frequência do Bootcamp “Ser Ativo”.
- **Declaro** que possuo as condições de saúde e de integridade física e emocional que permitem a minha participação nas atividades do bootcamp, não apresentando quaisquer feridas e/ou lesões cutâneas ou doenças súbitas anteriores à frequência do Bootcamp “Ser Ativo” 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. **Tomei conhecimento** que estes são factores de exclusão da minha inscrição e que a omissão dessa informação constitui motivo de cancelamento da frequência deste Bootcamp sem qualquer ressarcimento por parte da ASBIHP

O participantes:

(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 26 de Agosto.

RECEÇÃO (A preencher pela ASBIHP)

Data de Entrada: _____

Nome da pessoa que recebeu a ficha _____

Rúbrica: _____

Anexo 1: Ficha de Informação Médica

Nome: _____

Hospital de Referência: _____ Médico Assistente: _____

Centro de Saúde: _____ Médico Responsável: _____

Indique se tem (assinale com uma cruz):

Alergias (medicamentos, alimentos ou outras...)	Não	Sim	Quais:
Problemas relacionados com o sono?	Não	Sim	Especifique:
Pode tomar banhos de piscina?	Não	Sim	Observações:
Tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?	Não	Sim	Especifique:
Dieta alimentar específica?	Não	Sim	Qual?
Realiza eliminações vesicais/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:
Toma medicação?	Não	Sim	<i>Indicar no quadro seguinte</i>

Nome do Medicamento	Hora	Posologia

A preencher pelo participante

Qual a sua situação actual face à empregabilidade e à vida activa?	Quais as suas expectativas face ao presente bootcamp?