Cuestionario de disponibilidad para el Programa Vacaciones en Familia

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

APELLIDOS NOMBRE APELLIDOS NOMBRE DOMICILIO

DATOS DE CONTACTO (teléfono y correo electrónico)

Dada la trascendencia del contenido de este cuestionario, debe ser suficientemente reflexionado y madurado, pues de no aceptar un ofrecimiento ajustado a lo reflejado, tendría la grave consecuencia de la revisión de la certificación de adecuación, de acuerdo con el decreto regional nº 372/2007de 30 de noviembre.

*MARCA QUE CON UN CIRCULO- CRUZ LA CASILLA QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA EN CADA CASO*

# Rango de edad del niño, niña o adolescente que aceptaría:

 6-9 años  10-13 años  14-17 años

# Aceptaría grupo de hermanos/as:

Sí

No

# Aceptaría acoger a un niño/a con alguna enfermedad crónica?

Sí

No

# Aceptaría acoger a un niño/a con alguna enfermedad infecto - contagiosa?

Sí

No

# 5. ¿Aceptaría acoger a un niño/a con discapacidad intelectual?

Sí

No

# ¿Y con discapacidad sensorial?

Sí

No

1. En caso de menores de 0-6 años con discapacidad, ¿desearía ser consultado?

Sí

No

#  ¿Tiene disponibilidad para acudir a los Servicios especializados (neuropediatría, atención temprana…)?

Sí

No

# Observaciones:

Murcia, a de de

Fdo.: Fdo.: