**Esquema para completar el folleto**

* **Título o Nombre de la Ong (Fundamental el nombre preciso)**

Centro amigo del no vidente Azul (CANVA)

* **Logo**
* **Mensaje Descriptivo de la Organización (Slogan)**
* **Presentación de la Organización (hasta 15 renglones aprox)**

Somos una organización de personas no videntes y de disminución visualm, que se reúne en días previamente consignados, para compartir con los pares talleres de lectura manualidades, gimnasia, paseo, en un ámbito de contención y ayuda continua, para reinsertarnos en la sociedad que vivimos.

* + **Misión (opcional) (hasta 5 renglones)**

Buscamos ampliarnos para asi funcionar de lunes a viernes, consiguiendo la posibilidad de contar con personal capacitado en computación y salud.

* + **Visión (opcional) (hasta 5 renglones)**

Nuestra visión a futuro, es contar con un transporte propio, para el traslado de los beneficiarios y un salón de usos múltiples.

* **Contacto de la organización**
  + **Domicilio: San Martin 258**
  + **Horario de atención: lunes a viernes de 9 a 12**
  + **Teléfonos: 2281491191**
  + **Email: ceciliacanva@gmail.com**
  + **Página Web:**
  + **Facebook: CANVA Centro amigo del no vidente.**
  + **Twitter:**
* **Fotos de la Organización**

|  |  |
| --- | --- |
| 14479700_10206895090235509_8614146303882932478_n.jpg | 14962525_10207161158047038_8336348405380775546_n.jpg |
|  |  |

* **Descripción de cada servicio**

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVICIOS** | |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | Talleres de esparcimiento |
| **LOGO** |  |
| **DESCRIPCIÓN** | Es un espacio de esparcimiento y desarrollo personal, donde se comparten experiencias y vivencia con los pares mediante la realización de actividades que van desde manualidades, lectura, hasta computación, gimnasia y paseo, siempre procurando no repetir la acividad semana a semana |
| **IMÁGENES DEL SERVICIO** | 22365432_1508144802585402_1189670593247101546_n.jpg32191229_2067588666814869_2841132136298184704_n.jpg |
| **POBLACIÓN BENEFICIARIA** | **Personas no videntes y con disminución visual** |
| **QUÉ OFRECE** | Actividades de esparcimiento, desarrollo cognitivo y personal en un entorno de contención comunicación con los pares |
| **PERIODICIDAD** | **semanal** |
| **HORARIOS DE ATENCIÓN** | Dos veces por semana a convenir |
| **CONDICIONES DE ACCESO** | **Edad: para niños jóvenes y adultos**  **Restricciones personas no videntes o con visión disminuida** |
| **CATEGORIZACIÓN**  **(Obligatoria)** |  |
| **UBICACIÓN GEOGRÁFICA** | **Azul, provincia de Buenos Aires. Calle San Marin 258** |
| **CONTACTO DEL ENCARGADO DEL SERVICIO** | **Nombre y apellido Marisa Velez**  **Teléfonos 2281400500** |
| **FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN** | **Semanal** |