

SCHEDA INFORMATIVA D

(da compilarsi solo per le iscrizioni di bambini con disabilità)

Il/la sottoscritto/a: (nome e cognome del genitore/tutore) _____
 nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ in provincia di (____)
 residente a _____ in provincia di (____)
 in qualità di genitore/tutore/tutrice legale del/della minore:
 (nome e cognome del minore) _____
 nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ in provincia di (____)
 residente a _____ in provincia di (____)

comunica quanto segue

OSSERVAZIONI

tipo di handicap (come da diagnosi funzionale) _____
 medicinali da assumere: _____

crisi epilettiche o di altra natura _____
 scuola frequentata durante l'anno scolastico _____ classe _____

seguito da: insegnante di sostegno per n° _____ ore settimanali frequenta un CESM Sì NO

AUTONOMIE

sa camminare ha difficoltà a camminare fa uso di carrozzella
 può fare dei tragitti lunghi da solo Sì NO
 ha il senso dell'orientamento Sì NO
 sa mangiare da solo ha bisogno di aiuto per nutrirsi
 sa masticare Sì NO
 sa deglutire Sì NO
 in genere ha appetito Sì NO
 esistono cibi che non può assolutamente mangiare Sì NO
 se sì indicare quali _____

deve seguire una dieta particolare sì NO

se sì indicare quale _____

	totale	parziale	no
autonomia nel vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autonomia nel lavarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autonomia negli spostamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ha controllo sfinterico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

usa il pannolone Sì NO

sa parlare si esprime con difficoltà comunica con sguardi o gesti

difficoltà uditive

nessuna	lieve	grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

difficoltà visive

nessuna	lieve	grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ha bisogno di momenti di riposo durante la giornata SÌ NO

ha difficoltà di relazione con gli adulti SÌ NO

se sì quali _____

ha difficoltà di relazione con i coetanei SÌ NO

se sì quali (comportamenti aggressivi, tendenza all'isolamento) _____

oggetto preferito _____

giochi preferiti _____

consigli sul modo di relazionare con il bambino/a da parte dell'adulto _____

altre informazioni _____

SERVIZIO DI EDUCATIVO precisare se:

Il bambino è in carico al CISA

Indicare se si hanno preferenze per l'educatore

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Unione Sportiva Acli di Torino al trattamento dei dati sensibili contenuti nel presente modulo finalizzato esclusivamente alla predisposizione dell'organizzazione del servizio, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003 e successive modificazioni.

DATA _____

FIRMA DEI GENITORI (in caso di separazione o divorzio con affidamento condiviso, sono necessarie le firme di entrambi i genitori; in caso di affidamento esclusivo, o di eventuali provvedimenti restrittivi della potestà genitoriale emessi dal Tribunale per i Minorenni, il modulo dovrà essere sottoscritto unicamente dal genitore affidatario che ha l'obbligo di allegare copia del provvedimento giudiziario)
