



# Scheda di iscrizione

## Corsi di Nuoto a titolo gratuito

### Dati anagrafici

Cognome.....Nome.....

Nato/a il ..... a ..... residente a .....

Indirizzo.....Telefono .....

Attualmente frequenta:

- Scuola .....
- Centro socio-terapeutico .....
- Lavoro .....
- Casa .....
- Altro .....

**Scelta dell'impianto:** LOMBARDIA  
(C.so Lombardia, 95) SOSPELLO  
(Via Sospello, 118)**Giorni ed orario** (Indicare con "X" i giorni prescelti)

<b>1<sup>a</sup> scelta</b>	<b>Martedì</b>	<b>dalle ore</b>		<b>alle ore</b>	
	<b>Mercoledì</b>	<b>dalle ore</b>		<b>alle ore</b>	
	<b>Giovedì</b>	<b>dalle ore</b>		<b>alle ore</b>	
	<b>Venerdì</b>	<b>dalle ore</b>		<b>alle ore</b>	

<b>2<sup>a</sup> scelta</b>	<b>Martedì</b>	<b>dalle ore</b>		<b>alle ore</b>	
	<b>Mercoledì</b>	<b>dalle ore</b>		<b>alle ore</b>	
	<b>Giovedì</b>	<b>dalle ore</b>		<b>alle ore</b>	
	<b>Venerdì</b>	<b>dalle ore</b>		<b>alle ore</b>	

Nel caso l'utente abbia già frequentato i corsi nelle stagioni precedenti, si invita a segnalare la preferenza verso una società/associazione già conosciuta:

.....

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

### ABILITA' PRESENTI E LIVELLO DI AUTONOMIA

- Comunica verbalmente..... SI NO
- Mantiene contatto visivo e presta attenzione..... SI NO
- Comprende semplici istruzioni..... SI NO
- Esegue ordini o semplici istruzioni su invito..... SI NO
- Esegue ordini o semplici istruzioni su imitazione..... SI NO
- Muove normalmente:
  - sia le gambe che le braccia
  - solo le gambe       solo le braccia
  - solo un lato
- La capacità di movimento permette di muoversi in acqua ..... SI NO
- E' in grado di camminare (anche se con tutori)..... SI NO
- Si sposta in carrozzella..... SI NO
- E' in grado di trattenere lo stimolo per il gabinetto ..... SI NO
- Necessita di pannolone ..... SI NO
- Sa nuotare..... SI NO
- E' già stato inserito in attività di nuoto..... SI NO  
Se SI quando.....
- Necessita di ausili per il nuoto (salvagente, tavoletta o altro) ..... SI NO  
Se SI quali.....
- Soffre di crisi epilettiche..... SI NO

Tipo di handicap (in caso di iscrizione per la prima volta allegare cortesemente documentazione medica che permetta di comprendere il tipo di problema e di stabilire il giusto rapporto istruttore/utente)

.....  
.....

### **Il servizio di accompagnamento e di assistenza nello spogliatoio è a carico dell'utenza.**

Altre notizie utili:

.....  
.....

FIRMA

\_\_\_\_\_

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all' art. 13 del d. lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell' ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA

\_\_\_\_\_