



Scheda di iscrizione

ATTIVITA' SPORTIVA per PERSONE con DISABILITA'

Dati anagrafici

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

Nato/a il a età

residente a Indirizzo.....

Telefono fissoCellulare

Attualmente frequenta (specificare nome struttura/indirizzo):

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

Eventuale operatore sociale di riferimento:

Tipo di disabilità

- Fisica (neurologica, cardiocircolatoria, respiratoria, ortopedica, altro)
- Psicica (intellettiva, mentale)
- Sensoriale (linguaggio, udito, Vista)

Percentuale di invalidità riconosciuta:%

Informazioni generali

- | | | |
|---|----|----|
| • 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: <input type="checkbox"/> sia le gambe che le braccia | | |
| <input type="checkbox"/> solo le gambe <input type="checkbox"/> solo le braccia | | |
| <input type="checkbox"/> solo un lato | | |

- | | | |
|---|----|----|
| • E' in grado di camminare (anche se con tutori)..... | SI | NO |
| • Si sposta in carrozzella..... | SI | NO |
| • Ha problemi di incontinenza..... | SI | NO |
| • Necessita di pannolone | SI | NO |
| • Soffre di crisi epilettiche..... | SI | NO |
| • Frequenta altre attività sportive | SI | NO |
| • Se si, quali | | |

Altre notizie utili:

.....

Requisiti di partecipazione

Al presente modulo è necessario allegare:

- 1) Copia del certificato medico di idoneità all' attività fisica non agonistica
- 2) Copia del verbale di invalidità

Per l' ammissione ai corsi è necessario, inoltre:

- 1) Avere un' età compresa fra i 6 e i 64 anni
- 2) Versare un contributo di € 10,00 nel momento in cui verrà confermata la partecipazione
- 3) Risiedere nel territorio della Circostrizione 5 o essere domiciliati presso strutture di accoglienza del territorio
- 4) Avere una percentuale di invalidità uguale o superiore al 74% (solo in caso di posti vacanti verranno accettate percentuali di disabilità inferiori)
- 5) In caso di un numero di richieste maggiore rispetto ai posti disponibili, la Circostrizione individuerà i partecipanti in base all' ordine di arrivo delle domande.

Firma

Torino, _____

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

ELENCO ATTIVITA' SPORTIVE

La Circostrizione offre una attività sportiva ad utente per un totale di n. 8 lezioni di 1 ora ciascuna con frequenza 1 o 2 volte la settimana.

Le preferenze sui giorni e sugli orari sono indicative e potrebbero subire modifiche per una migliore organizzazione dei corsi.

Si precisa che le attività partiranno solo se raggiungeranno un numero congruo di partecipanti.

NUOTO:

Piscina Lombardia (Corso Lombardia n. 95)

Piscina Sospello (Via Sospello n. 118)

N.B.: si precisa che la scelta della piscina è **ASSOLUTAMENTE** indicativa e potrà subire variazioni per motivi organizzativi.

GINNASTICA

TIRO con l' ARCO (da metà marzo in poi)

BASKET

JUDO

BOCCE

ATLETICA LEGGERA (da metà marzo in poi)

AIKIDO

PATTINAGGIO SU GHIACCIO

Esprimere n. 3 preferenze

1^a scelta _____

2^a scelta _____

3^a scelta _____

Firma _____