

MODULO ISCRIZIONE CAMPUS ESTIVO DSA
“VERSO L’AUTONOMIA CON LA TECNOLOGIA”

Chatillon- 20-23 luglio 2015

NOME E COGNOME DEL BAMBINO/RAGAZZO: _____

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

INDIRIZZO: _____

MADRE (NOME E COGNOME): _____

SOCIO AID Sì NO

RECATIPO TELEFONICO: _____

EMAIL: _____

PADRE (NOME E COGNOME): _____

SOCIO AID Sì NO

RECATIPO TELEFONICO: _____

EMAIL: _____

DIAGNOSI ACCERTATA (DA ALLEGARE COPIA) :

_DISLESSIA

_DISORTOGRAFIA

_DISCALCULIA

_DISTURBI MISTI DELLE ABILITA' SCOLASTICHE

SITUAZIONE SCOLASTICA :

CLASSE CHE FREQUENTERA' nell'a.s 15/16: _____

Presso Istituto/scuola: _____

Sintetica descrizione delle difficoltà di Suo figlio legate al DSA: _____

Eventuali allergie, intolleranze o problematiche mediche da segnalare:

Data, _____

Firma _____