

Sezioni Perugia e Terni

Tu reporter

Un modo nuovo di conoscere il mondo attraverso l'ascolto.

*Il presente modulo composto di 3 pagine dovrà essere compilato interamente e inviato unitamente al modulo di consenso per la privacy firmato e documentazione diagnostica **COMPLETA** (prima diagnosi, eventuali aggiornamenti e interventi specialistici effettuati) a referentiumbria@dislessia.it o fax al n. **075 44317***

Richiesta di partecipazione al campus Umbria 2015 (BARRARE):

14 ° Campus @pprendo JUNIOR per ragazzi frequentanti la scuola secondaria di primo grado:

Settimana dal 21 al 27 Giugno 2015

Settimana dal 30 Agosto al 5 Settembre 2015

15 ° Campus @pprendo SENIOR per ragazzi frequentanti la scuola secondaria di secondo grado:

Settimana dal 21 al 27 Giugno 2015

Settimana dal 30 Agosto al 5 Settembre 2015

L'iscrizione ai campus è aperta a studenti con disturbi specifici di apprendimento certificati provenienti da tutte le regioni d'Italia

DATI DEL/LA RAGAZZO/A E DELLA FAMIGLIA

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Padre (Cognome Nome) _____ Socio AID SI NO

Madre (Cognome Nome) _____ Socio AID SI NO

Via _____ CAP _____ Città _____ Provincia _____

Telefono: Cellulare: _____

E-mail: _____ C.F. _____

NOTIZIE SCOLASTICHE

Istituto frequentato:

Plesso scolastico: scuola primaria _____ (nome) scuola media _____ (nome)

Scuola Superiore _____ (nome)

Classe frequentata: I° II° III° IV° V°

Eventuali classi ripetute: _____

Insegnante di sostegno: SI NO

campus @pprendo 2015

Sezioni Perugia e Terni

Il ragazzo ha già partecipato a Corsi di Informatica per DSA (Aprico, Campus, iniziative di sezione AID, etc.)?

SI NO

Se sì, a quale e quando: _____

DIAGNOSI:

Data prima diagnosi (da allegare): _____

Classe frequentata al momento della prima diagnosi:

E' stato seguito un percorso riabilitativo: SI / NO -; di che tipo? _____

se SI: di che tipo? _____ durata (mesi): _____ Presso: _____

Data ultimo aggiornamento diagnostico (da allegare): _____

SITUAZIONE SCOLASTICA

Materie insufficienti o in cui ha grosse difficoltà: _____

Materie che danno maggior soddisfazione / interesse _____

Esiste un Piano Educativo Personalizzato? SI / NO

Sintetica descrizione delle difficoltà di Suo figlio/a: _____

Eventuali note:

Data _____

Firma _____

Campus@apprendo 2015- SCHEDA MEDICA di

Mio figlio /a ha le seguenti allergie (alimenti, farmaci, pollini) :

soffre dei seguenti disturbi (soffi, asma, gastriti, coliti, convulsioni, anemie, epilessia) :

e ha le seguenti intolleranze alimentari:

sta , inoltre , facendo cure particolari che sono:

per le quali deve assumere questi farmaci con queste modalità:

Altro (di cui ritenete sia necessario metterci al corrente):

Il numero della tessera sanitaria è:

Il gruppo sanguigno è:

Indicare tutti i possibili recapiti a cui possiamo trovarvi, in caso di bisogno, durante tutto il periodo del campus:

Nome e cognome :

Via : n° città : (....)

Telefono :

.....

.....

.....

Allegare fotocopia della tessera sanitaria

Firma _____

data.....