**Modulo B**

**SCHEDA DISABILITÀ Fisiche e Visive**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Spazio da compilare dopo aver preso visione della legenda allegata.

 **D. A.**

**1A 1B 1C 1D 2**

**SCHEDA AUSILI**

La compilazione della presente scheda è necessaria per individuare i dispositivi più idonei all’attività.

Ausili e Categoria Sitting: barrare una o più caselle sottostanti

**Ausili**

1. Utilizza protesi, ortesi o altri dispositivi?

 o Si (specificare quali): ………………………………………………………………………………………

 o No

**Categoria Sitting**

 o Carrozzina a spinta manuale

* Spinta Autonoma
* Spinta Assistita

 o Carrozzina elettrica

Specificare misure nella tabella sottostante (solo per categoria Sitting):



|  |  |
| --- | --- |
| ***SCHEDA MISURE PER PERSONE***  | ***CM*** |
| 1. Larghezza massima del bacino
 |  |
| 1. Altezza della seduta all’ascella
 |  |
| 1. Lunghezza dello schienale ai polpacci
 |  |
| 1. Altezza dai polpacci alla pianta del piede
 |  |
| 1. Lunghezza dal gomito al polso
 |  |
| 1. Misura seduta carrozzina (se utilizzata)
 |  |
| 1. Misura schienale carrozzina (se utilizzata)
 |  |
| 1. Peso (circa)
 |  |
| 1. Altezza (circa)
 |  |
| 1. Livello della lesione (solo in caso di lesione midollare)
 |  |

Allegare documentazione medica attestante la disabilità del partecipante rilasciata secondo le disposizioni della normativa in vigore

**Firma del partecipante/dell’esercente responsabilità genitoriale sul minore/del tutore**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_