**Modulo B**

**SCHEDA DISABILITÀ Intellettive e Relazionali**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| ANAGRAFICA |

 COGNOME NOME LUOGO DI NASCITA (PROV. ) DATA DI NASCITA FMCODICE FISCALE SESSO  |

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| TIPOLOGIA E GRADO DI DISABILITÀ  |

DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO: (specificare il tipo di patologia) Livello 1 – Non necessita di supporto Livello 2 – Necessario un supporto Livello 3 – Necessario un supporto significativo Livello 4 – Necessario un supporto molto significativoSINDROME DI DOWN: (se presenti, indicare fattori di comorbilità) DISABILITÀ INTELLETTIVA: (se presenti, indicare fattori di comorbilità)  Lieve  Moderato Grave Estremo- ALTRO:  |

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AUTONOMIA PERSONALE** | **SI** | **NO** | **IN PARTE** |
| Sa dire nome e cognome |  |  |  |
| Sa infilarsi e sfilarsi gli indumenti |  |  |  |
| Sa togliere e mettersi le scarpe in modo corretto |  |  |  |
| Mangia autonomamente senza l’aiuto dell’adulto |  |  |  |
| Beve da solo |  |  |  |
| È autosufficiente in bagno |  |  |  |
| Ha bisogno che gli venga ricordato di andare in bagno |  |  |  |
| Lavora con sufficiente autonomia |  |  |  |
| Rifiuta di lavorare in gruppo |  |  |  |
| Saluta spontaneamente i coetanei e gli adulti a lui familiari |  |  |  |
| Dice parolacce |  |  |  |
| Prende gli oggetti che gli sono offerti |  |  |  |
| Abbraccia, accarezza, bacia le persone adulti, coetanei e familiari |  |  |  |
| **AREA AFFETTIVA RELAZIONALE** | **SI** | **NO** | **IN PARTE** |
| Accetta la vicinanza di altri bambini e/o adulti |  |  |  |
| Cerca attenzione |  |  |  |
| Ricerca il contatto fisico |  |  |  |
| Mostra comportamenti aggressivi |  |  |  |
| **AREA PSICOA AFFETTIVA** | **SI** | **NO** | **IN PARTE** |
| **MANIFESTA LE PROPRIE EMOZIONI CON:** |  |  |  |
| I gesti |  |  |  |
| Il movimento |  |  |  |
| L’espressione del volto |  |  |  |
| Le parole |  |  |  |
| **REAGISCE ALLE FRUSTRAZIONI:** |  |  |  |
| Con il mutismo |  |  |  |
| Isolandosi |  |  |  |
| Con l’aggressività |  |  |  |
| **MOSTRA DI AVERE PAURA DI:** |  |  |  |
| Cose |  |  |  |
| Persone |  |  |  |
| Storie |  |  |  |
| Travestimenti |  |  |  |
| Buio |  |  |  |
| **REAGISCE ALLA PAURA:** |  |  |  |
| Piangendo |  |  |  |
| Urlando |  |  |  |
| Isolandosi |  |  |  |
| **AREA COMUNICATIVO LINGUISTICA** | **SI** | **NO** | **IN PARTE** |
| **SI ESPRIME CON:** |  |  |  |
| Parola / frase |  |  |  |
| Frase semplice ma comprensibile |  |  |  |
| **IL LINGUAGGIO NON VERBALE:** |  |  |  |
| Comunica con la motricità |  |  |  |
| Ha cenni di assenso/diniego |  |  |  |
| Fa comprendere ciò che vuole |  |  |  |
| Richiede attenzione/ aiuto |  |  |  |
| Risponde se chiamato per nome |  |  |  |
| Comprende il significato di una frase semplice |  |  |  |
| Comprende frasi riferite a cose, persone, fatti non presenti |  |  |  |
| Si rende conto del tempo che passa |  |  |  |
| Concetti di prima e dopo |  |  |  |
| **AREA MOTORIA** | **SI** | **NO** | **IN PARTE** |
| Corre/Cammina /Rotola / striscia /gattona |  |  |  |
| Esegue percorsi |  |  |  |
| Imita movimenti |  |  |  |
| Sa stare in equilibrio |  |  |  |
| Si muove nell’ambiente senza urtare ostacoli |  |  |  |
| Sa afferrare la palla |  |  |  |
| Saltare a piedi alterni |  |  |  |

**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**

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