**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

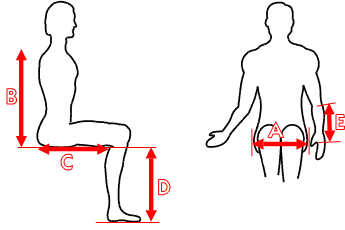
**Categoria Sitting**

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**

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