



Per favore compilare il formulario in STAMPATELLO

FORMULARIO d'iscrizione al corso: impariamo ad andare in bici

Generalità del/la partecipante

Cognome

Nome

Vorrei iscrivermi al corso:

impariamo ad andare in bici, 2-11 aprile 2021 (settimana delle vacanze di Pasqua)

dispongo del seguente equipaggiamento

bicicletta casco

non dispongo di equipaggiamento e desidero riservare

bicicletta casco

Nome, cognome e ruolo di chi ha compilato l'iscrizione

Cognome

Nome

Ruolo

Via

NAP / Luogo

Cellulare

E-mail

autorizzazione per l'utilizzo delle immagini

Durante le attività sportive e ricreative saranno scattate delle fotografie che mostrano i partecipanti in movimento. Queste immagini verranno utilizzate a scopi informativi e promozionali sugli strumenti di comunicazione di *inclusione andicap ticino*.

ACCONSENTO alla pubblicazione delle immagini (presenza su fotografie e video di gruppo)

NON ACCONSENTO alla pubblicazione delle immagini (presenza su fotografie e video di gruppo)

Luogo e data:

Firma del genitore o del rappresentante legale:



Per favore compilare il formulario in STAMPATELLO

FORMULARIO MEDICO d'iscrizione al corso: impariamo ad andare in bici

Generalità del partecipante ai corsi

Sesso maschile femminile

Cognome

Nome

Data di nascita

Via

NAP / Luogo

Istituto / foyer

Via

NAP / Luogo

E-mail

Cassa malati

No. assicurato

Tel. cassa malati

Assicurazione RC

No. AVS

Tipologia di handicap · indicare anche più di una disabilità

handicap mentale / difficoltà di apprendimento handicap psichico

handicap uditivo

handicap visivo

handicap fisico

disturbo del linguaggio

Medico curante

Cognome

Nome

Via

NAP / Luogo

Tel. ufficio

Tel. privato

Persona di riferimento in caso di necessità

Cognome

Nome

Via

NAP / Luogo

Tel. privato

Tel. ufficio



Autonomia

Nella vita quotidiana necessita dell'aiuto di una terza persona?

Vestirsi sì no parzialmente

Muoversi sì no parzialmente

Mangiare sì no parzialmente

Igiene personale sì no parzialmente

Osservazioni:

Malattie e allergie

Allergie sì no se sì, quali?

Intolleranze / indicazioni alimentari sì no se sì, quali?

Asma sì no se sì, leggera importante

Diabete sì no

Insulina sì no se sì, con quale frequenza?

Epilessia sì no se sì, fattori scatenanti / frequenza / durata:

Insufficienza o malattia cardiaca sì no se sì, quale?

Altre malattie sì no se sì, quali?

Medicamenti

Vostro/a figlio/a assume regolarmente medicinali? sì no

Li prende autonomamente? sì no

Necessita regolarmente di iniezioni? sì no



Nome del medicamento (specificare i milligrammi)	08.00	10.00	12.00	19.00	21.00

Siete pregati di indicare eventuali medicinali di riserva in caso di urgenza:

Osservazioni:

Luogo e data:

Firma del genitore o del rappresentante legale: