



Associazione Italiana Dislessia
Sezione di Savona

**Richiesta di partecipazione
al Campus di informatica**



“Autonomia: proviamoci insieme”

Rivolto a ragazzi/e con D.S.A.

Osiglia (Savona) – 29 Giugno/3 Luglio 2009

Inviare con oggetto *“Richiesta di partecipazione al Campus di Osiglia 2009”*; tramite posta elettronica **savona@dislessia.it**

INVIARE CONTESTUALMENTE al presente, il modulo di consenso per la privacy firmato e la documentazione diagnostica COMPLETA (prima diagnosi, eventuali aggiornamenti e interventi specialistici effettuati)

DATI DEL/LA RAGAZZO/A E DELLA FAMIGLIA

Cognome _____

Nome _____

Data di Nascita _____

Padre (Cognome Nome) _____

Socio AID SI NO

Madre (Cognome Nome) _____

Socio AID SI NO

Via _____ CAP _____ Città _____

Provincia _____

Telefono: _____

Cellulare: _____

E-mail: _____

NOTIZIE SCOLASTICHE

Istituto frequentato: _____

Via: _____ Città _____

Provincia _____

Scuola Primaria Scuola Secondaria di Primo Grado

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

Lingua straniera studiata: _____

Insegnante di sostegno: SI NO

Esiste un Piano Educativo Personalizzato ? SI NO

DIAGNOSI

Classe frequentata al momento della prima diagnosi: _____

E' stato seguito un percorso riabilitativo: SI NO

se SI: durata (mesi) _____

Data ultimo aggiornamento: _____

SITUAZIONE SCOLASTICA

Materie insufficienti o in cui ha grosse difficoltà: _____

Materie che danno maggior soddisfazione/ interesse: _____

Sintetica descrizione delle difficoltà di Suo figlio/a:

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

SI NO

Se SI , a quale quando: _____

Data: _____

Firma: _____

