

Spett.le
I.Ri.Fo.R. Consiglio Regionale Emilia-Romagna
Via dell'Oro 1
40124 Bologna

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di genitore,

chiede

di poter iscrivere al campo estivo **R.A.D.I.C.I. (Rendersi Autonomi, Divertirsi, Imparare, Crescere Insieme)** da voi organizzato, in collaborazione con l'Istituto dei Ciechi "F. Cavazza", il/la figlio/a

NOME E COGNOME (ragazzo/a partecipante)

Nato a _____ il _____

Residente a _____ (_____)

In via _____

in regola, per l'anno 2026, con l'iscrizione all'Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti
Sezione Territoriale di _____

DATI GENERALI

Età: _____ Sesso: M ☐ F ☐

Classe e scuola frequentata: _____

☐ Non vedente

☐ Ipovedente (Specificare Visus _____)

☐ Patologia aggiuntiva riconosciuta. Quale? _____

Allegare Diagnosi Funzionale e Certificato della Commissione medico-legale di prima istanza per il riconoscimento di invalidità/cecità civile.

Eventuali ausili utilizzati per lo svolgimento della routine quotidiana:

Cognome e nome dei genitori:

Recapiti telefonici dei genitori:

Email dei genitori: _____

Si prega di rispondere ad alcune brevi domande su vostro/a figlio/a:

Porta l'apparecchio di correzione per i denti? ☐ SÌ ☐ NO

Porta gli occhiali? ☐ SÌ ☐ NO

Porta la protesi oculare? ☐ SÌ ☐ NO

Deve assumere farmaci regolarmente? ☐ SÌ ☐ NO

Se Sì, indicare quali:

Può fare il bagno in piscina? ☐ SÌ ☐ NO

Sa nuotare? ☐ SÌ ☐ NO

Ha hobby o interessi particolari? ☐ SÌ ☐ NO

Quali? _____

Ha esigenze alimentari particolari/allergie alimentari? ☐ SI ☐ NO

Quali? _____

Ha già partecipato a soggiorni o a esperienze analoghe senza la famiglia? ☐ SI ☐ NO

Quali? _____

Eventuali comunicazioni della famiglia sulla personalità, le abitudini e le autonomie del ragazzo/a.

Firma

Luogo e data _____
