







**IMPORTANTE** (rispondere SI o NO ): il contenuto delle risposte è cruciale per rendere il più adeguato possibile l'accoglienza e la permanenza del Partecipante:

Si muove solo su sedia a rotelle?		E' in grado di vestirsi autonomamente?	
Si muove solo con le stampelle?		E' in grado di mangiare autonomamente?	
Cammina autonomamente?		Ha problemi di parola?	
Cammina con aiuto?		Ha problemi di vista?	
Può fare le scale autonomamente?		Controlla gli sfinteri?	
Ha il controllo delle mani?		Presenta enuresi?	
Presenta piaghe o altre lesioni che richiedono medicazioni?		Necessita di sponde per il letto?	
		Ha infezioni in atto?	
Può bagnarsi in piscina sotto il controllo dell'accompagnatore?			
Ha necessità di avere il cibo frullato?			

## IMPORTANTE

Allo scopo di permettere agli organizzatori di pianificare le attività e la sistemazione dei partecipanti negli alloggi, ricordiamo che **le unità abitative messe a disposizione hanno alcune limitazioni per la mobilità dei disabili** e che è quindi necessario **esprimere un parere sull'atteggiamento sia fisico che psichico dell'interessato nei confronti della propria patologia e nei confronti del prossimo**. Va considerato in particolare l'ingombro delle carrozzine in spazi ridotti, con porte della larghezza massima di cm. 70 e la presenza di scale senza corrimano.

***E' in grado di alloggiare al piano superiore (scale di accesso senza corrimano)?***

**SI**  **NO**

**Per cortesia, è importante e di grande aiuto indicare:**

**N° telefono fisso e mobile del Medico curante:** \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico Curante