

Per favore compilare il formulario in STAMPATELLO

## ATLETI – formulario d'iscrizione ai corsi sportivi invernali 2023-2024

**Da inoltrare entro il 20 settembre 2023**

### Generalità del/della partecipante

Cognome

Nome

sono socio di *inclusione handicap ticino*  non sono socio

Sono socio di uno dei seguenti gruppi sportivi affiliati:

GSIB  GSITV  SISL  SIM  SIL  GPT  GS-SSTS

(maggiori informazioni a pagina 2 del programma sportivo)

### Vorrei iscrivermi ai seguenti corsi

**porte aperte squadra di calcio Azatlaf**, 21 settembre 2023

**Walking Lugano – «Relax» e «Lake & Walking di Gandria»**, 8 ottobre 2023

«Relax»  «Lake & Walking di Gandria» (una sola scelta possibile, attività in contemporanea)

partecipo solo  partecipo accompagnato\*

**gita fuori porta con visita al parco archeologico in 3D**, 15 ottobre 2023

partecipo solo  partecipo accompagnato\*

### \* Generalità dell'accompagnatore/trice

Cognome

Nome

Via

NAP / Luogo

Cellulare

E-mail

### Autorizzazione per l'utilizzo delle immagini

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

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

Cognome

Nome

Ruolo

Via

NAP / Luogo

Cellulare

E-mail

Luogo e data:

Firma del genitore o del rappresentante legale:

Per favore compilare il formulario in STAMPATELLO

## ATLETI – formulario d'iscrizione ai corsi sportivi invernali 2023-2024

**Da inoltrare entro l'8 novembre 2023**

### Generalità del/della partecipante

Cognome

Nome

sono socio di *inclusione handicap ticino*  non sono socio

Sono socio di uno dei seguenti gruppi sportivi affiliati:

GSIB  GSITV  SISL  SIM  SIL  GPT  GS-SSTS

(maggiori informazioni a pagina 2 del programma sportivo)

### Vorrei iscrivermi ai seguenti corsi

**weekend sulla neve a Savognin**, 16-17 dicembre 2023

sci alpino  ciaspole-passeggiate

con noleggio ciaspole e bastoni

Sono disposto a dormire sopra nei letti a castello  sì  no

**corso invernale a Celerina**, 13 -19 gennaio 2024

sci alpino  snowboard  sci nordico  ciaspole-passeggiate

partecipo solo  partecipo accompagnato\*

### \* Generalità dell'accompagnatore/trice

Cognome

Nome

Via

NAP / Luogo

Cellulare

E-mail

### Autorizzazione per l'utilizzo delle immagini

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

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

Cognome

Nome

Ruolo

Via

NAP / Luogo

Cellulare

E-mail

Luogo e data:

Firma del genitore o del rappresentante legale:

Per favore compilare il formulario in STAMPATELLO

## ATLETI – formulario d'iscrizione ai corsi sportivi invernali 2023-2024

**Da inoltrare entro il 20 dicembre 2023**

### Generalità del/della partecipante

Cognome

Nome

sono socio di *inclusione handicap ticino*  non sono socio

Sono socio di uno dei seguenti gruppi sportivi affiliati:

GSIB  GSITV  SISL  SIM  SIL  GPT  GS-SSTS

(maggiori informazioni a pagina 2 del programma sportivo)

### Vorrei iscrivermi ai seguenti corsi

**Raiffeisen Kids Ski Day**, 13 gennaio 2024

partecipazione accompagnata obbligatoria\*

con noleggio scarponi e sci

**Mangia e Nevi, passeggiata enogastronomica**, 27 gennaio 2024

partecipo solo  partecipo accompagnato\*

**passeggiate con le ciaspole**  3 febbraio 2024  25 febbraio 2024

con noleggio ciaspole e bastoni

partecipo solo  partecipo accompagnato\*

**corso invernale a Klosters**, 9 -15 marzo 2024

sci alpino  snowboard  sci nordico  ciaspole-passeggiate

con noleggio ciaspole e bastoni

### \* Generalità dell'accompagnatore/trice

Cognome

Nome

Via

NAP / Luogo

Cellulare

E-mail

### Autorizzazione per l'utilizzo delle immagini

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

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

Cognome

Nome

Ruolo

Via

NAP / Luogo

Cellulare

E-mail

Luogo e data:

Firma del genitore o del rappresentante legale:

Per favore compilare il formulario in STAMPATELLO

## ATLETI – FORMULARIO MEDICO d'iscrizione ai corsi sportivi

### Generalità del partecipante ai corsi

Sesso  maschile  femminile

Cognome

Nome

Data di nascita

Via

NAP / Luogo

Istituto / foyer

Tel. cellulare

Tel. casa

E-mail

Cassa malati

No. assicurato

Tel. cassa malati

Assicurazione RC

No. AVS

### Tipologia di disabilità · indicare anche più di una disabilità

mentale/difficoltà di apprendimento

disagio psichico

sensoriale (udito/vista)

disturbo del linguaggio

fisica

altro

### Medico curante

Cognome

Nome

Via

NAP / Luogo

Tel. ufficio

Tel. privato

### Persona di riferimento in caso di necessità

Cognome

Nome

Via

NAP / Luogo

Tel. cellulare

Tel. casa

---

### 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: \_\_\_\_\_