



ASSOCIAZIONE ITALIANA SINDROME DI WILLIAMS

**Progetto autonomia ed integrazione per ragazzi Williams**

**GOLETTA PANDORA**

**La Spezia 5 – 11 LUGLIO 2015**

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE DEI PARTECIPANTI**

(scrivere in stampatello e inviare per mail all'indirizzo: [segreteria@aisw.it](mailto:segreteria@aisw.it)  
o tramite Fax al n. 06/45440763 entro il 10/05/2015)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(Genitore, Tutore, Amministratore di Sostegno)

CHIEDE CHE:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

risiedente a \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

venga ammesso/a alla crociera che ti terrà a Bordo della Goletta Pandora.

Inoltre, dichiara che:

- ✓ il/la ragazzo/a (selezionare la voce che interessa):
  - non ha necessità di seguire terapie farmacologiche
  - ha necessità di seguire terapie farmacologiche come risulta nella sezione medica;
- ✓ il/la ragazzo/a (selezionare la voce che interessa)
  - non ha necessità di seguire un particolare tipo di dieta
  - ha necessità di seguire un particolare tipo di dieta come risulta nella sezione medica;
- ✓ quanto riportato nella sezione informativa corrisponde agli effettivi comportamenti del ragazzo nel contesto familiare e o sociale.

**SEZIONE INFORMATIVA**

A) Il candidato ha già avuto esperienze di soggiorni, anche brevi, fuori dal contesto familiare (es. gite scolastiche, campeggi con i boy scout, ecc).

SI

NO



## ASSOCIAZIONE ITALIANA SINDROME DI WILLIAMS

Se SI, descrivere brevemente il tipo di esperienza e l'esistenza di eventuali problemi:

---

---

---

---

B) Il candidato è autonomo dal punto di vista personale (sa vestirsi, lavarsi, mangiare, ecc. senza necessità di aiuti particolari)?

SI                       NO

C) Il candidato sa nuotare, senza timori, anche al largo?

SI                       NO

D) Il candidato ha timori a dormire senza genitori e senza luci accese?

SI                       NO

E) Il candidato è "telefonino dipendente" (il telefonino, una volta a bordo sarà consegnato ai terapisti)?

SI                       NO

F) Il candidato è in grado di rispettare le regole molto precise (vivere a bordo di una nave, per la propria incolumità, comporta spirito di adattamento e il rispetto delle regole imposte dall'equipaggio)?

SI                       NO

G) Il candidato è in grado di stare in spazi ristretti con parecchie persone?

SI                       NO

H) Per emergenze contattare \_\_\_\_\_

I) Eventuali altre segnalazioni \_\_\_\_\_

### **SEZIONE MEDICA**

#### **Dati generali:**

Gruppo sanguigno: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del candidato: \_\_\_\_\_



ASSOCIAZIONE ITALIANA SINDROME DI WILLIAMS

**Intolleranze a cibi particolari:**

---

---

**Allergie, sensibilità eventuali:**

---

---

**Difetti congeniti:**

---

---

**Assunzione di Farmaci e modalità (indicare se è necessario un supporto alla somministrazione o se il candidato è autonomo nella gestione dei farmaci):**

---

---

---

---

---

**Altro (indicare anche se il candidato fuma):**

---

---

---

**Nome e numero di telefono del medico di famiglia:**

---

---

Nome e Cognome del candidato:



## ASSOCIAZIONE ITALIANA SINDROME DI WILLIAMS

Il/La sottoscritto/a è consapevole che:

- la presente domanda di ammissione non vale come iscrizione definitiva al progetto ma solo come candidatura;
- dopo il 10 giugno 2015 i candidati saranno selezionati e verranno comunicati gli ammessi a cura dell' AISW ONLUS. Tutte le domande di ammissione giunte dopo la suddetta data saranno inserite in lista d'attesa;
- la segreteria dell' AISW ONLUS comunicherà la lista dei candidati ammessi, questi avranno una settimana di tempo per effettuare il pagamento del contributo pari a 150€ (secondo le modalità comunicate dalla segreteria) confermando così la partecipazione del progetto da parte del candidato;
- in caso di rinuncia, il contributo versato, sarà restituito solo previa sostituzione del candidato stesso.

Data

Firma leggibile

Ai sensi della legge 675/96 sulla tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, si autorizza il trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità relative alla selezione di cui sopra

Data

Firma leggibile

**N.B.:**

- allegare la fotocopia del tesserino sanitario (meglio se fotocopiato sul retro di questa scheda)
- se esistono particolari medicine da somministrare nel caso di allergie o difetti congeniti scriverlo in fianco alle rispettive voci nella scheda.

Se siete sicuri di averci detto tutto quanto riguarda vostro figlio, firmate qui \_\_\_\_\_

---

Nome e Cognome del candidato:

Pag. 4