

SCHEDA B - ANAMNESI UTENTE

ANAGRAFICA

Nome e Cognome: _____ Sesso: M F

Data di nascita: / / Luogo di nascita: Prov.: _____

Luogo residenza: Indirizzo: _____

CAP: Prov.: 1° Tel: 2° Tel: _____

Codice Fiscale: Socio UIC: Sì No

QUADRO OCULISTICO

Tipologia

Cecità Ipovisione

Progressiva Sì No

Natura

Acquisita Ereditaria Congenita

Età d'insorgenza _____

Causa: _____

Caratteristiche evolutive: _____

QUADRO SCOLASTICO

Ultima scuola frequentata o in corso: _____

Classe frequentata nel Classe da frequentare nel _____

Insegnante di sostegno: Insegnante referente: _____

Indirizzo Scuola: _____

Telefono scuola: E-Mail Scuola: _____

Ha usufruito o fruisce di:

Consulenza Tiflopedagogica Consulenza Tifloinformatica Assist. Didattica Extrascolastica

Utilizza testi in

Braille Testo Elettronico
 Large Print - corpo Registrati su audiocassetta

Attrezzature informatiche

Possiede PC Utilizza il PC per lo studio
 Possiede Barra Braille Possiede Sintesi Vocale
 Possiede Software di ingrandimento caratteri

Annotazioni: _____

Data _____

Firma _____