



ISTITUTO COMPRENSIVO "FILIPPO SANTAGATA"

Via E. Fermi, 81030 Gricignano di Aversa (CE)
Tel/Fax 081 5028137 - Fax 081 5028980
C.F. 90035490615 - Cod. Mecc. CEIC8AH008
E-mail ceic8ah008@istruzione.it
pec: ceic8ah008@pec.istruzione.it
Sito Web: www.icgricignanodiaversa.edu.it



SCHEDA SANITARIA ALUNNO PER PARTECIPAZIONE A VIAGGI DI ISTRUZIONE

I sottoscritti (*cognomi e nomi*)

Genitori dell'alunno/a _____

frequentante la CLASSE II SEZ _____ reperibili ai seguenti recapiti telefonici:

CELL PADRE	
CELL. MADRE	

FORNISCONO, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, LE INFORMAZIONI DI SEGUITO RICHIESTE:

Malesseri ricorrenti e rimedi abituali consigliati dal medico di famiglia

Farmaci o terapie per cui dà l'autorizzazione

Allergie particolari (*farmaci, pollini, etc.*), comprese le allergie e le intolleranze alimentari: (allego certificato medico)

Problemi notturni eventuali: Sonnambulismo/apnee? Altro?

Vaccinazioni: l'alunno/a ha effettuato la vaccinazione e il richiamo per l'antitetanica?

Si No

Dichiaro che, in caso di DISTURBO O MALATTIA CHE SI MANIFESTA NEI GIORNI CHE PRECEDONO LA PARTENZA, presenterò CERTIFICATO MEDICO con diagnosi e indicazioni terapeutiche e/o alimentari.

Dichiaro di consegnare a mio/a figlio/a solo i farmaci o i rimedi indicati per la terapia prescritta e in quantità necessaria per la durata della cura durante il soggiorno.

Data, _____

Firma di entrambi i genitori*

NOTE SANITARIE INFORMATIVE

- 1) La somministrazione dei farmaci da parte dei docenti può avvenire solo quando non richiede valutazioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.
- 2) Deve essere formalmente richiesta dai genitori e prescritta con certificato medico.
- 3) Il certificato medico deve indicare l'orario, la posologia e la modalità di somministrazione.
- 4) Le specialità medicinali devono essere conservate nella propria confezione originale in quantità sufficiente a coprire l'intera terapia per il periodo prescritto.
- 5) Qualora il minore durante il periodo di soggiorno/studio sia ricoverato in ospedale, sarà rilasciata una scheda con riportate la diagnosi e/o le eventuali terapie somministrate.
- 6) Si garantisce la privacy per i dati relativi alla salute.

Firma di entrambi i genitori*

MODULO DA CONSEGNARE ALLA DOCENTE REFERENTE VIAGGI E VISITE PROF.SSA DANIELA BALDASCINO