

Scheda Sanitaria dell'alunno/a Nome _____ Cognome _____

Scuola Primaria Secondaria di Primo Grado Classe _____ Sez. _____ Plesso _____

CODICE FISCALE: _____

Soffre di malattie metaboliche? SÌ NO Descrivere _____

Soffre di malattie cardiache? SÌ NO Descrivere _____

Soffre di disturbi all'apparato respiratorio? SÌ NO

Descrivere _____

Soffre di disturbi all'apparato digerente? SÌ NO Descrivere _____

Soffre di malattie croniche di altro tipo? SÌ NO Descrivere _____

Quali farmaci assume abitualmente in caso di riacutizzazione delle patologie di cui sopra? _____

Soffre di allergie? SÌ NO Di che tipo? _____

A farmaci quali? (elencare le molecole) _____

A pollini quali? _____

Ad alimenti quali? _____

Altro? (descrivere) _____

Deve praticare particolari diete alimentari? SÌ NO Descrivere: _____

Della dieta alimentare particolare dovrà comunque essere avvisato il docente accompagnatore.

Dovrà assumere farmaci? SÌ NO

Quali? (descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia) _____

Altre eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria _____

Medico curante: dott. _____ Recapiti telefonici del medico: Studio _____ Cell: _____

Recapiti telefonici dei genitori: Padre _____ Madre _____ Familiare più vicino _____

Data:

Firma _____

Firma

Da compilare se la firma è di un solo genitore/affidatario:

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del sopracitato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà dell'alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente autorizzazione.

In fede