

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