



Scheda Medica dell'allievo

Dati dell'allievo

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a: _____ Prov.: _____ il: _____

Classe _____ Plesso _____

Dati dei genitori

Padre Cognome: _____ Nome: _____

Nato a: _____ Prov.: _____ il: _____

Cellulare _____

Madre Cognome: _____ Nome: _____

Nata a: _____ Prov.: _____ il: _____

Cellulare _____

Dati residenza familiare

Città: _____ Prov.: _____ Via: _____ n° _____

Tel. Casa _____

Dati relativi al medico di famiglia

Cognome: _____ Nome: _____

Città: _____ Prov.: _____ Recapito telefonico: _____

Informazioni mediche dell'allievo

E' affetto da patologie gravi: SI NO

In caso affermativo indicare la patologia: _____

Utilizza abitualmente dei farmaci: SI NO

In caso affermativo indicare i farmaci: _____

Necessita di cure particolari: SI NO

In caso affermativo indicare le cure: _____

E' affetto da allergie o intolleranze: SI NO

In caso affermativo indicarle: _____

Deve osservare diete particolari: SI NO

In caso affermativo indicare la dieta: _____

I sottoscritti in qualità di genitori dell'alunno/a autorizzano / non autorizzano il Dirigente Scolastico a divulgare al consiglio di classe del caso, eventuali dettagli pertinenti a mio figlio nel rispetto/quadro delle vigenti leggi italiane.

Altre notizie più specifiche: _____

Firme dei genitori

Padre

Madre

Data: ___ / ___ / _____