Circolare n. 9 Gioia Tauro 20/092019

Ai Sigg. Genitori

Al personale Docente

e al personale ATA

All’Albo on line

OGGETTO : SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Si invitano i signori genitori i cui figli sono affetti da **patologie certificate** che necessitano la somministrazione di farmaci, a compilare in duplice copia il modello allegato alla circolare in oggetto e a consegnarlo alla segreteria area alunni.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

   Dott.ssa Luisa Antonella Ottanà

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa*

*ai sensi dell’art. 3, comma 2 del D.Lg. 39/93”*

**Scheda Medica dell’allievo**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dati dell’allievo** | | | | |
| Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Nato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Prov.: \_\_\_\_\_\_\_ | il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dati dei genitori** | | | | |
| Padre | Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Nato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Prov.: \_\_\_\_\_\_\_ | il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Madre | Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Nata a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Prov.: \_\_\_\_\_\_\_ | il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dati residenza familiare** | | | |
| Città: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel. Casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Prov.: \_\_\_\_\_\_\_ | Via: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | n° \_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_