

**NOTIZIE SANITARIE**

**DICHIARAZIONE DEI GENITORI DEGLI ALUNNI MINORENNI**

**COGNOME e NOME ALUNNO/A** \_\_\_\_\_

**NATO/A A** \_\_\_\_\_

**IL** \_\_\_\_\_

**FREQUENTANTE LA SCUOLA** \_\_\_\_\_ **CLASSE/SEZ.** \_\_\_\_\_

**DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO 2 DI PESCANTINA**

***RIGUARDO NOTIZIE SANITARIE L'ALUNNO***

- Malattie polmonari (asma, bronchiti frequenti, ecc.)**
- Malattie di cuore (pregressi interventi chirurgici, soffio cardiaco, anomalie del ritmo, ecc.)**
- Malattie renali (insufficienza renale, cistiti ricorrenti, ecc.)**
- Allergie (a farmaci, alimentari, a polveri, a piante, ecc.)**
- Malattie intestinali (morbo celiaco, gastroenteriti, ecc.)**
- Malattie osteo-muscolari (pregresse fratture, traumi cranici, inabilità, ecc.)**

**Altre patologie:**

**Epilessia**     **Diabete**     **Anemia**     **Problemi di vista** \_\_\_\_\_     **Problemi di udito**

**Usa farmaci?**     **SÌ**     **NO**

**se SÌ quali:** \_\_\_\_\_

**Deve usarli anche in orario scolastico**     **SÌ**     **NO**

**(in caso affermativo deve essere attivata la procedura per la somministrazione)**

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_

**genitore dell'alunno/a** \_\_\_\_\_

**dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere.**

**A norma della legge n° 675/94, del D. Lgs. n°196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, consento il trattamento dei dati sopra descritti e/o loro utilizzazione al consiglio di classe e al personale incaricato del Primo Soccorso.**

**Data,** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_