



SECONDARIA DI II° GRADO

Casa di Torino dell'Istituto delle Suore di Sant'Anna della Provvidenza • CF/P.I. 01762810016
Istituto Paritario Sant'Anna • Via Massena, 36 - 10128 Torino - T. 011 5166511 - www.istituto-santanna.it

MODULO DI RILEVAZIONE DI ALLERGIE, PATOLOGIE E NECESSITÀ DI FARMACI SALVAVITA

MODULO da COMPILARE e MANDARE all'indirizzo

francesco.barberis@istituto-santanna.it

Anno scolastico: _____

La scuola, al fine di garantire la tutela della salute e della sicurezza degli alunni durante la permanenza nei locali scolastici e nello svolgimento delle attività didattiche, educative e delle eventuali uscite didattiche, chiede alle famiglie di fornire le informazioni di seguito indicate.

Le informazioni raccolte saranno trattate nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e di tutela della salute, esclusivamente per le finalità connesse alla sicurezza e all'assistenza dell'alunno/a in ambito scolastico.

DATI DELL'ALUNNO/A

Cognome e nome: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Classe: _____ Sezione: _____

ALLERGIE

Il/la sottoscritto/a dichiara che il/la proprio/a figlio/a:

☐ **NON soffre di allergie note**

☐ **SOFFRE di allergie note**

In caso di risposta affermativa, indicare la tipologia:

Allergie alimentari

☐ Sì

☐ No

Se sì, specificare gli alimenti/sostanze interessati:

Allergie non alimentari

☐ Sì

☐ No

Se sì, specificare le sostanze/agenti responsabili dell'allergia (es. farmaci, pollini, imenotteri, lattice, materiali, ecc.):

Modalità con cui si manifesta la reazione allergica e principali sintomi:

Eventuali precauzioni da adottare in ambito scolastico:

PATOLOGIE O CONDIZIONI DI SALUTE RILEVANTI

Il/la sottoscritto/a dichiara che il/la proprio/a figlio/a:

- ☐ **NON è affetto/a da patologie o condizioni di salute che richiedano particolari attenzioni durante la permanenza a scuola**
- ☐ **È affetto/a da una patologia o condizione di salute che richiede particolari attenzioni**

In caso di risposta affermativa, indicare la patologia/condizione e le eventuali esigenze particolari:

Eventuali situazioni o fattori che possono determinare un'emergenza:

NECESSITÀ DI FARMACI SALVAVITA

Il/la sottoscritto/a dichiara che il/la proprio/a figlio/a:

- ☐ **NON necessita di farmaci salvavita durante la permanenza a scuola**
- ☐ **NECESSITA di avere a disposizione e/o di assumere farmaci salvavita durante la permanenza a scuola**

In caso di risposta affermativa, indicare:

Patologia per la quale è previsto il farmaco:

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Per le situazioni che richiedono interventi, attenzioni particolari o la disponibilità/somministrazione di farmaci in ambito scolastico, la famiglia si impegna a fornire alla scuola la documentazione sanitaria necessaria e le eventuali prescrizioni/certificazioni mediche previste dalla normativa e dalle procedure adottate dall'Istituto.

- ☐ Si allega documentazione sanitaria.
- ☐ La documentazione sanitaria sarà consegnata successivamente.
- ☐ Non si allega documentazione sanitaria in quanto non necessaria.

Eventuali ulteriori informazioni utili alla tutela della salute dell'alunno/a:

CONTATTI IN CASO DI NECESSITÀ

Genitore/tutore 1 – Cognome e nome: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

Genitore/tutore 2 – Cognome e nome: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

Ulteriore persona di riferimento in caso di necessità:

Cognome e nome: _____

Telefono: _____

DICHIARAZIONE DEL GENITORE/TUTORE

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver fornito informazioni veritiere e complete relativamente alle condizioni di salute del/la proprio/a figlio/a che possano essere rilevanti ai fini della sicurezza e dell'assistenza durante la permanenza a scuola.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente alla scuola eventuali variazioni delle condizioni di salute, delle allergie, delle terapie o delle necessità relative alla disponibilità/utilizzo di farmaci.

Luogo e data: _____

Firma del genitore/tutore: _____

NOTA PER LE FAMIGLIE

La compilazione del presente modulo ha lo scopo di consentire alla scuola di individuare eventuali esigenze sanitarie dell'alunno/a che possano richiedere specifiche misure organizzative o assistenziali.

Il presente modulo non sostituisce la documentazione sanitaria, le prescrizioni mediche o gli eventuali piani/protocolli necessari per la gestione delle specifiche condizioni di salute.

In presenza di patologie per le quali possa rendersi necessario l'impiego di farmaci salvavita, la famiglia è invitata a contattare tempestivamente la Segreteria/Direzione dell'Istituto per concordare la procedura prevista dalla scuola.