

OGGETTO : COMUNICAZIONE SPONTANEA DATI.

I sottoscritti, _____ genitori dell'allievo CONVITTORE
 SEMIconvittore, allo scopo di tutelare la salute del proprio figlio, spontaneamente forniscono le seguenti informazioni:

Cognome	Nome		
Via	Comune		
Provincia	Tel. ab.		
Recapito telefonico per comunicazioni di estrema gravità Tel.			
TESSERA SANITARIA n°		ULSS n°	
PESO		ALTEZZA	
NOTE			
ALLERGIE DA FARMACI:	NO	SI	QUALI ?
ALLERGIE DA ALIMENTI:	NO	SI	QUALI ?
ALTRE ALLERGIE:	NO	SI	QUALI ?
MALATTIE PREGRESSE ED INTERVENTI CHIRURGICI:			
TERAPIE IN CORSO:			
ANTIPIRETICI ED ANALGESICI DI USO ABITUALE SPECIFICARE: (ad esempio in caso di mal di testa-mal di pancia-mal di stomaco, ecc.)			

N.B. PER IL CONTROLLO DI EVENTUALI TERAPIE IN ATTO E PRESCRITTE DAL PROPRIO MEDICO CURANTE ANCHE DURANTE IL CORSO DELL'A.S. È OPPORTUNO AVVISARE L'INFERMIERA.
ALLEGARE COPIA DEL CERTIFICATO VACCINALE

SI CHIEDE

di firmare per autorizzare l'Infermiera di turno, che in caso di necessità:

possa accompagnare l'alunno convittore in ospedale per visita medica urgente ed eventuali esami diagnostici utili e possa somministrare i farmaci già assunti in precedenza come da scheda medica sopra compilata.

FIRMA congiunta

Genitori _____

o CHI esercita la responsabilità Genitoriale/Tutore/Affidatario,
dell'alunno/a minore che abbia effettuato la scelta

Alla luce delle disposizioni del Codice Civile in materia di filiazione, la scelta, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa da entrambi i genitori.

Qualora sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata comunque condivisa.