

INFORMAZIONI SANITARIE ESSENZIALI ALUNNI IN VIAGGIO D'ISTRUZIONE

Alunno/a: _____ Classe: _____ Sez. _____

MEDICINALI CONSENTITI IN CASO DI:

Dolori di testa: _____

Febbre: _____

Mal di gola: _____

Mal di stomaco: _____

ALLERGIE NOTE AI SEGUENTI AGENTI (scrivere Nessuno se non allergico)

Medicinali	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Allergie alimentari	
Veleno insetti	
Altro	

VALUTAZIONI MEDICO/SANITARIE IN CORSO: (es. psicologica/psichiatrica/allergologica/disturbi alimentari, ...) (scrivere Nessuna se non pertinente)

Il/I sottoscritto/i genitore/i _____ dichiara/no di aver dato tutte le informazioni necessarie per la tutela del proprio figlio e degli altri. Portare la tessera sanitaria.

Firma del/dei genitore/i _____

Il sottoscritto genitore è consapevole che i suddetti dati sensibili saranno trattati secondo quanto previsto dalla norma vigente sulla privacy.

Firma del/dei genitore/i _____

Dati generali alunno:

Cognome: _____ Nome _____

Nato il _____ a _____

Residente a _____ via _____

Cell. alunno _____ / Tel. abitazione _____

Cell. dei genitori (madre e padre) _____ / _____

DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE	Codice del documento: DR.39 PR.7.5.2
INFORMAZIONI SANITARIE ESSENZIALI	Data di emissione: 26.05.2023
ALUNNI IN VIAGGIO D'ISTRUZIONE	N° di revisione: 02
	Pagina 1 di 1