

# INFORMAZIONI SANITARIE

Gentili genitori, al fine di garantire il benessere di Vostro/a figlio/a durante il Viaggio d'istruzione, Vi chiediamo di compilare il presente modulo di informazioni sanitarie.

Vi ricordiamo che le informazioni richieste, sono indispensabili per consentire la migliore assistenza del minore e predisporre un trasferimento idoneo.

Il modulo va consegnato entro \_\_\_\_\_

Cognome del minore \_\_\_\_\_ Nome del minore \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_\_

Viaggio d'istruzione \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_

Nominativo della madre \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Nominativo del padre \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

- ALLERGIE:  SÌ  NO

se sì, indicare quali (es: pollini, graminacee, polveri, farmaci.....) e **specificare i farmaci** che il minore porterà con sé durante il soggiorno

\_\_\_\_\_

- INTOLLERANZE ALIMENTARI:  SÌ  NO

Se sì, indicare quali e il tipo di alimentazione richiesto, specificando gli alimenti vietati

\_\_\_\_\_

- CELIACHIA  SÌ  NO

Se sì, specificare note particolari

\_\_\_\_\_

- DIABETE  SÌ  NO

Se sì, contattare al più presto la scuola.

NB: E' indispensabile comunicare con scrupolo tutte le informazioni.

- MEDICINALI DA POTER SOMMINISTRARE IN CASO DI NECESSITA'

\_\_\_\_\_

- ALTRO

\_\_\_\_\_

Eventuali allegati n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_