

SCHEDA SANITARIA / ALIMENTARE

LUOGO USCITA/VISITA DIDATTICA/VIAGGIO ISTRUZIONE _____

COGNOME e NOME STUDENTESSA/STUDENTE _____ CLASSE _____

NATA/O A _____ RESIDENTE _____

Indicare il contatto di un genitore, altro esercente la potestà genitoriale o familiare da contattare in caso di emergenza; è possibile (e consigliato) indicare sino a tre recapiti; la compilazione è sempre necessaria, anche in caso di allievi maggiorenni.

NR. TELEFONO 1 _____ NR. TELEFONO 2 _____ NR. TELEFONO 3 _____

La/Il sottoscritta/o genitore _____

DICHIARA che la/il propria/o figlia/o

☐ non soffre di alcuna patologia

Si autorizzano in ogni caso gli accompagnatori a somministrare, in caso di necessità, antidolorifici e/o antifebbrili, analgesici, medicinali usuali di primo soccorso come disinfettanti, pastiglie per il mal di gola, tosse, mal d'auto etc. (se ritenuto opportuno, indicare eventuali farmaci abitualmente per tali patologie):

oppure

☐ soffre delle seguenti allergie/intolleranze medicinali e pertanto dovrà osservare i seguenti comportamenti ed assumere i seguenti farmaci come di seguito riportato:

☐ soffre delle seguenti allergie/intolleranze alimentari e pertanto non può assumere i seguenti prodotti:

Eventuali ulteriori indicazioni a carattere precauzionale:

☐ segue la seguente dieta speciale (specificare tipo di dieta ed alimenti/bevande da NON assumere):

Firma di un genitore (o del soggetto esercente la potestà genitoriale)

Firma della studentessa/dello studente (**SE MAGGIORENNE**)
