



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO PER LA REGIONE CAMPANIA
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. GARIBALDI"
Via S. Rocco, nn. 28-30 81030 Castel Volturno (CE)
TEL. 0823-763167 – E-mail ceic87800x@istruzione.it
Codice Meccanografico: Ceic87800x – C.F. 93082170619



*Ai genitori delle classi seconde della
SMS "G. Garibaldi"
di Castel Volturno (CE)
Al Aito web
All'Albo online*

**SCHEDA SANITARIA ALUNNO PER PARTECIPAZIONE ALLA MOBILITÀ ERASMUS+
Codice attività PNRR_2024-1-IT02-KA122-SCH-000221850**

I sottoscritti (cognomi e nomi)

e

Genitori dell'alunno/a _____

frequentante la CLASSE _____ SEZ _____ reperibili ai seguenti recapiti telefonici:

ABITAZIONE	
LAVORO	
CELL PADRE	
CELL MADRE	

FORNISCONO, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, LE INFORMAZIONI DI SEGUITO RICHIESTE:

Terapie eventuali in corso - allegare certificato medico e indicazioni posologiche (dosi e tempi per l'assunzione del/i farmaco/i)



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO PER LA REGIONE CAMPANIA
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. GARIBALDI"
Via S. Rocco, nn. 28-30 81030 Castel Volturno (CE)
TEL. 0823-763167 – E-mail ceic87800x@istruzione.it
Codice Meccanografico: Ceic87800x – C.F. 93082170619

Malesseri ricorrenti e rimedi abituali consigliati dal medico di famiglia

Farmaci o terapie per cui NON si concede l'autorizzazione

Eventuale *profilassi medica* che l'alunno segue abitualmente e in *modo autonomo*

Allergie particolari (*farmaci, pollini, etc.*), comprese le allergie e le intolleranze alimentari (si allega certificato medico)

Problemi notturni eventuali: sonnambulismo/apnee... altro (specificare)

Vaccinazioni: l'alunno/a ha effettuato la vaccinazione e il richiamo per l'antitetanica?



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO PER LA REGIONE CAMPANIA
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. GARIBALDI"
Via S. Rocco, nn. 28-30 81030 Castel Volturno (CE)
TEL. 0823-763167 – E-mail ceic87800x@istruzione.it
Codice Meccanografico: Ceic87800x – C.F. 93082170619

Si No

Vaccinazioni: l'alunno/a ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie previste?

Si No

Dichiariamo che, in caso di DISTURBO O MALATTIA CHE SI MANIFESTA NEI GIORNI CHE PRECEDONO LA PARTENZA, presenteremo CERTIFICATO MEDICO con diagnosi e indicazioni terapeutiche e/o alimentari. Dichiariamo di consegnare a nostro/a figlio/a solo i farmaci o i rimedi indicati per la terapia prescritta e in quantità necessaria per la durata della cura durante il soggiorno.

NOTE SANITARIE INFORMATIVE

- 1) La somministrazione dei farmaci da parte dei docenti può avvenire solo quando non richiede cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.
- 2) Deve essere formalmente richiesta dai genitori e prescritta con certificato medico.
- 3) Il certificato medico deve indicare l'orario, la posologia e la modalità di somministrazione.
- 4) Le specialità medicinali devono essere conservate nella propria confezione originale in quantità sufficiente a coprire l'intera terapia per il periodo prescritto.
- 5) Qualora il minore durante il periodo di soggiorno/studio sia ricoverato in ospedale, sarà rilasciata una scheda con riportate la diagnosi e/o le eventuali terapie somministrate.
- 6) Si garantisce la privacy per i dati relativi alla salute.

Data _____

Firma di entrambi i genitori*



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO PER LA REGIONE CAMPANIA
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. GARIBALDI"
Via S. Rocco, nn. 28-30 81030 Castel Volturno (CE)
TEL. 0823-763167 – E-mail ceic87800x@istruzione.it
Codice Meccanografico: Ceic87800x – C.F. 93082170619

AUTORIZZAZIONE GENITORIALE ALLA SOMMINISTRAZIONE AUTONOMA DI FARMACI

I SOTTOSCRITTI

(padre) _____ nato a _____ il _____
residente in _____ prov. _____, alla Via
_____ n. _____, CAP _____,
C.F. _____

e

(madre) _____ nata a _____ il _____
residente in _____ prov. _____, alla Via
_____ n. _____, CAP _____,
C.F. _____

genitori esercenti la responsabilità genitoriale del minore:

(alunno) _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ prov. _____, alla Via
_____ n. _____, CAP _____,
C.F. _____ frequentante la classe 2 sez. _____ della SMS "G.
Garibaldi" di Castel Volturno Via San Rocco 28-30, 81030

AUTORIZZANO

il/la suddetto/a minore ad assumere in modo autonomo i farmaci prescritti dal medico curante, nei tempi, nei modi e con le dosi indicate nella documentazione medica allegata alla presente.



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO PER LA REGIONE CAMPANIA
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. GARIBALDI"
Via S. Rocco, nn. 28-30 81030 Castel Volturno (CE)
TEL. 0823-763167 – E-mail ceic87800x@istruzione.it
Codice Meccanografico: Ceic87800x – C.F. 93082170619

Inoltre, dichiarano di essere consapevoli che il personale scolastico (o del contesto interessato) non è autorizzato a somministrare farmaci né a prestare assistenza medica, pertanto, sollevano l'istituzione da ogni responsabilità derivante da un utilizzo improprio, involontario o da eventuali reazioni avverse.

*Si allega alla presente autorizzazione copia della **documentazione medica** rilasciata dal medico curante contenente le indicazioni relative alla terapia farmacologica.*

Inoltre, nel rispetto delle norme sanitarie e delle convinzioni religiose personali, dichiarano che, in caso di problemi di salute del/la minore durante la mobilità ERASMUS+, le docenti accompagnatrici sono autorizzate a

- rivolgersi a un medico o alla struttura sanitaria più vicina per ricevere assistenza
 autorizzano le docenti accompagnatrici a (specificare) _____

Data: _____

Firma dei Genitori:

Si allegano copie dei documenti di riconoscimento e del Codice Fiscale di genitori ed alunno nonché tessera sanitaria del minore.