



MODULO SANITARIO Il genitore dovrà compilare lato 1, ed il pediatra pagina 2 **COMPILARE PER INTERO** per l'ammissione, da rinnovarsi ogni tre anni

Note: Questo modulo sarà utilizzato dall'infermiera.

Studente: _____ Sesso: _____ Et : _____ Classe: _____ Data di nascita: ____/____/____

 _____ g m a

Nome del padre: _____ Tel. casa _____ Tel. ufficio _____

Nome della madre: _____ Tel. casa _____ Tel. ufficio _____

IN CASO DI EMERGENZA CONTATTARE
 (qualora i genitori non fossero raggiungibili) _____ Tel. _____

ANAMNESI MEDICA (compilazione a cura dei genitori. Indicare date anche approssimative)

Asma _____ Febbri reumatiche _____

Allergie-Medicine/Insetti/Ambiente/Cibo _____ Scarlattina _____

Handicap ortopedici _____ Varicella _____

Problemi di udito _____ Morbillo _____

Problemi al sangue _____ Rosolia _____

Problemi muscolari _____ Pertosse _____

Problemi intestinali _____ Parotite (Orecchioni) _____

Problemi renali _____ Meningite (indicare tipo) _____

Problemi neurologici _____ Poliomielite _____

Epilessia _____ Diabete _____

Problemi cardiaci _____ Epatite (indicare il tipo) _____

Mononucleosi _____ Altre malattie _____

Indicate le ospedalizzazioni e le operazioni chirurgiche con le date: _____

LO STUDENTE ha problemi di vista? _____ Porta occhiali o lenti a contatto? _____

E' o   stato in cura presso uno psichiatra/psicologo(indicare le date)? _____

Ha ricevuto cure specialistiche? (indicare i motivi e le date) _____

E' in grado di partecipare pienamente alle attivit  del programma di Educazione Fisica SI / NO? (Se NO, vi preghiamo di accludere il certificato del medico di famiglia con i dettagli).

E' attualmente sottoposto a cure mediche (se si indicare il tipo di medicine e di cure)? _____

E' necessaria la prescrizione del medico per richiedere all'infermiera della scuola la somministrazione di qualsiasi medicina (con o senza ricetta) allo studente.

VACCINAZIONI (indicare le date e **accludete una copia dei documenti completi attestanti le vaccinazioni**)

(D.T.P.) Antidifterica/Antitetanica/Pertosse* _____ Richiami _____

Antipolio* _____ Richiami _____

Epatite B* _____ Richiami _____

(MMR) Trivalente Morbillo/Rosolia/Parotite* _____ Richiami _____

Meningite B _____ Richiami _____

Meningite C _____ Richiami _____

(HIB) Haemophilus Influenzae B* _____ Richiami _____

Varicella* _____ Richiami _____

Altro _____ Richiami _____

**Vaccinazioni obbligatorie D.L. 7 giugno 2017, n. 73*

AUTORIZZO IL PERSONALE DELLA SCUOLA A RICHIEDERE IN CASO DI EMERGENZA L'AIUTO MEDICO/OSPEDALIERO (e il trasporto in ambulanza) PER MIO FIGLIO/A NEL CASO IN CUI IO NON POSSA ESSERE AVVERTITO. AUTORIZZO INOLTRE L'INFERMIERA DELLA SCUOLA A COMUNICARE AL PERSONALE DELLA SCUOLA, INFORMAZIONE MEDICHE OVE NECESSARIO.

Data ____/____/____ Firma del genitore o di chi ne fa le veci _____



VISITA MEDICA (a cura del medico di famiglia) da presentarsi per l'ammissione e da rinnovarsi ogni tre anni

Nome _____ data di nascita ____/____/____
g m a

Nome dei genitori o di chi ne fa le veci _____

Indirizzo di casa _____

	Via	Città	Codice Postale
Occhi e vista	_____	_____	_____
Udito	_____	_____	_____
Orecchio, naso, gola	_____	_____	_____
Cavità orale	_____	_____	_____
Sistema cardiovascolare	_____	_____	_____
Sistema respiratorio	_____	_____	_____
Struttura ossea e muscolare	_____	_____	_____
Sistema nervoso	_____	_____	_____
Addome	_____	_____	_____
Pelle	_____	_____	_____
Tiroide	_____	_____	_____
Linguaggio	_____	_____	_____

Il ragazzo deve fare vaccinazioni e/o richiami? _____

Vista: il ragazzo porta gli occhiali? _____ Ci sono difetti di vista ereditari? _____

Udito: il ragazzo ha mai presentato problemi d'udito, infezioni o altre malattie? _____

Anamnesi medica familiare: _____

Il ragazzo è al momento sottoposto a cure di qualsiasi Genere? _____

Il ragazzo ha bisogno di cure mediche particolari? _____

Il ragazzo è affetto da malattie o handicap incurabili? _____

Il ragazzo presenta problemi di comportamento, crescita e sviluppo, o disordini della nutrizione di cui gli insegnanti dovrebbero essere al corrente _____

Ferite e/o operazioni? _____

La scuola dovrebbe contattare il medico curante per eventuali ulteriori dettagli? _____

Il ragazzo prende particolari medicine? (quali?) _____

Particolari raccomandazioni e note per i genitori e gli insegnanti : _____

Raccomandazioni per le lezioni di Educazione Fisica: Programma completo () Programma limitato () spiegare: _____

Il ragazzo può partecipare ai programmi e agli allenamenti sportivi? _____

Annotazioni: _____

Data ____/____/____

Firma e timbro del pediatra/medico di famiglia _____