



Erasmus+



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI



Ministero dell'istruzione
**SCUOLA SECONDARIA STATALE DI PRIMO GRADO
"G. PASCOLI"**

Via Ovidio, 25 c.a.p. 81031 – Aversa (CE)
e-mail: cecm01700d@istruzione.it – e-mail PEC cecm01700d@pec.istruzione.it
www.pascoliaversa.edu.it

Allegato 2

AI SIG.RI GENITORI DEGLI ALUNNI PARTECIPANTI AL VIAGGIO DI ISTRUZIONE A MARATEA - Campo Scuola " Tra il cielo e il mare"- Grand Hotel Pianeta Maratea **** - 11, 12 e 13 maggio (2 notti e 3 giorni)

INFORMAZIONI SANITARIE DI EMERGENZA

- **Sanitarie:** l'alunno deve essere in possesso del tesserino sanitario valido per l'Italia.
- **Cure particolari e allergie:** le famiglie dovranno segnalare, in forma scritta, le eventuali esigenze medico-sanitarie dei propri figli (particolari cure, allergie, intolleranze alimentari...) e fornire una specifica certificazione medica e i farmaci che essi devono eventualmente assumere

(compilare in modo leggibile- consegnare alla docente referente prof. DIEGO CATANZANO)

Nome e Cognome dell'alunno	
Data e luogo di nascita:	
Telefono cellulare dell'alunno/a	
Nome dei genitori:	
Indirizzo abitazione:	
Telefono abitazione	
Telefono cellulare padre	
Telefono cellulare madre	
Recapito telefonico ufficio del genitore:	
Recapito telefonico di altro familiare di riferimento (nonni, zii)	
intolleranze alimentari allergie alimentari (elencare tutti gli alimenti che il/la partecipante NON può assumere)	
allergie farmacologiche (elencare tutti i farmaci che NON devono in nessun caso essere somministrati, o i relativi principi attivi)	
Data dell'ultima iniezione antitetano:	
Farmaci da assumere (elencare tutti i farmaci che il/la partecipante DEVE)	

assumere quotidianamente e il relativo dosaggio) Quali medicinali assume in caso di: - cefalea - febbre - mal di pancia	
Altre informazioni rilevanti	

I sottoscritti:

1.(padre)_____ e 2.(madre)_____,
 genitori (o esercenti la patria potestà) dell'alunno/a _____,

in qualità di genitori, autorizzano il trattamento delle informazioni medico-sanitarie qui contenute e il conferimento a soggetti terzi al fine di provvedere alle operazioni necessarie per la tutela della salute del/la Partecipante e dichiarano di essere consapevoli che senza le informazioni richieste e senza il consenso al loro trattamento e conferimento non sarà possibile assicurare nessun tipo di tutela alla salute del/la Partecipante.

Firma di entrambi i genitori

1. (padre)_____ 2. (madre)_____

Aversa, ____/____/ 2022

Il conferimento delle informazioni medico-sanitarie è facoltativo. tuttavia, in caso di necessità, l'assenza di tali informazioni potrebbe rappresentare un danno o un pericolo per il/la Partecipante. Il mancato conferimento delle informazioni medico-sanitarie solleva pertanto da ogni responsabilità sia l'Istituto, sia i Docenti accompagnatori, sia il personale sanitario in un eventuale intervento. Le informazioni medico-sanitarie devono essere compilate in ogni parte a cura dei genitori, ovvero, in caso di dubbio, dal Medico di Medicina Generale (MMG).

Firma di entrambi i genitori

1. (padre)_____ 2. (madre)_____

Aversa, ____/____/ 2022