

Oggetto: Scheda Informativa su Intolleranze, Allergie e Celiachia

Dati del genitore/tutore

Nome e Cognome: _____

- Numero di telefono in caso di emergenza: _____

Dati dell'alunno/a:

- Nome e Cognome: _____
- Data di nascita : ____ / ____ / ____
- Classe: _____ Sez. _____
Plesso _____

Intolleranze e Allergie:

Spuntare le caselle che riguardano l'alunno/a:

- Allergie alimentari:
Specificare: _____
 - Intolleranze alimentari:
Specificare: _____
 - Altro (specificare): _____
-

Celiachia:

- L'alunno/a è celiaco/a
(in caso affermativo, si prega di allegare il certificato medico)

Trattamenti e cure:

Se l'alunno/a necessita di trattamenti particolari o farmaci da somministrare durante la giornata scolastica, specificare qui:

- _____

Autorizzazione all'emergenza sanitaria:

In caso di emergenza, autorizzo il personale scolastico a somministrare i farmaci sopra elencati necessari o a contattare un medico.

Data: ____ / ____ / ____

Firma del genitore/tutore: _____