CONVITTO NAZIONALE UMBERTO I

Liceo Classico Europeo – Classico Cambridge -Scientifico Internazionale –
Scientifico Cambridge – Economico Sociale -Scuola Secondaria di I Grado – Scuola Primaria
via Bligny, 1 bis 10122 TORINO Codice IPA istsc_tovc01000q tel. 011.4338740
e-mail: convittonazionale@cnuto.it convittonazionale@pec.cnuto.it sito web: www.cnuto.edu.it
CONVITTO C.F. 80088620010 Codice Univoco Fatturazione Elettronica: UF4AH9
LICEI C.F. 97863790016 Codice Univoco Fatturazione Elettronica: DYXXYD

SCHEDA MEDICA

CONVITTORI/CONVITTRICI

COGNOME_____

NOME_____

NATO/A _____ IL _____

RESIDENTE _____

CODICE FISCALE _____

GRUPPO SANGUIGNO_____

RECAPITI TELEFONICI _____

NOME MEDICO CURANTE E RECAPITI _____

_____

In passato ha sofferto di qualche patologia? SÌ NO

Se sì, indicare quali …….....
.....
.....
.....

Ha subito traumi fisici? SÌ NO

Se sì, indicare quali e con quali esiti .....…….....
.....
.....
.....

Ha subito interventi chirurgici? SÌ NO

Se sì, indicare quali e con quali esiti .....…….....
.....
.....
.....

Ha contratto malattie infettive? SÌ NO

Quali? .....
.....
.....
.....

Soffre attualmente di qualche patologia? SÌ NO

Se sì, indicare quali …….....
.....
.....
.....

È seguito/a da psicologo, psicoterapeuta o psichiatra? SÌ NO

Se sì, indicare il nome del professionista, i recapiti ed eventuali terapie farmacologiche in corso ..…….....……..
.....
.....

Farmaci usati abitualmente e/o al bisogno
(indicare anche il nome generico del farmaco, dosaggio e posologia)

Per le forme influenzali: .....
.....

Per il mal di testa: .....
.....

Per i dolori mestruali: .....
.....

Per nausea e/o vomito: .....
.....

Per dissenteria: .....
.....

Per stati ansiosi: .....
.....

Altro: .....
.....

Profilassi in caso di pediculosi e malattie infettive
La famiglia o la persona di riferimento (raccomandatario/a) deve prelevare il/la proprio/a figlio/a ed effettuare i trattamenti necessari o le eventuali terapie.
Il rientro in convitto potrà avvenire dietro presentazione di certificato medico che ne attesti l'avvenuta guarigione.

Allergie
Soffre di allergie particolari? (allergie a farmaci o profilassi con sieri, polline, punture di insetti, cibi, ecc.).

SÌ NO

Se sì indicare quali .....
.....

Allegare alla scheda la seguente documentazione:

1. Tessera sanitaria
2. scheda vaccinazioni
3. certificato di idoneità alla vita collegiale
4. documento d'identità di entrambi i genitori

La scheda medica deve essere compilata, **timbrata e firmata dal medico curante**.

Il personale educativo è esonerato da ogni responsabilità nel caso in cui si verificassero manifestazioni allergiche dovute alla somministrazione di farmaci.

I genitori si impegnano a comunicare tempestivamente (in forma scritta, firmata dagli stessi e corredata della firma e timbro del medico curante) qualsiasi variazione intervenuta nello stato di salute e/o nella richiesta di somministrazione di farmaci.

Data _____

FIRMA E TIMBRO
DEL MEDICO CURANTE

_____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

_____

_____

I sottoscritti _____ /_____,

genitori del convittore/trice_____ **autorizzano il personale educativo ed Ata del convitto, ad accompagnare il proprio figlio/a** presso gli ospedali di zona in caso di necessità medica, per accertamenti ed eventuale trattamento **sanitario secondo il protocollo richiesto dai presidi sanitari di zona.**

Data _____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

_____

_____

IN CASO DELLA FIRMA DI UN SOLO GENITORE

Il sottoscritto _____
consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316 c.1, Art. 337-ter c. 3 e Art. 337-quater c. 3 del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

FIRMA DEL GENITORE

_____

Allegare i documenti richiesti