



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 ANNO SCOLASTICO

COGNOME E NOME CONVITTORE CONVITTRICE

NATO/A _____ IL _____

RESIDENTE _____

CODICE FISCALE _____

GRUPPO SANGUIGNO _____

RECAPITI TELEFONICI _____

NOME MEDICO CURANTE E RECAPITI _____

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

FIRMA E TIMBRO
DEL 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.

- **ALLEGARE IL CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA VITA CONVITTUALE**

Data _____

FIRMA E TIMBRO
DEL MEDICO CURANTE

Firma di entrambi i genitori/tutore/i

I sottoscritti _____ / _____,

genitori/tutore/i del/la 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/tutore/i

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
