



ISTITUTO COMPRENSIVO 1
con Indirizzo Musicale
Piazza Dante Alighieri, 5 – 57025 Piombino (Li)
telefono: 0565.222395 - Fax: 0565.221019
C.M. LIIC82800N

Erasmus+
Arricchisce la vita, apre la mente.

INDIRE
ISTITUTO NAZIONALE
DOCUMENTAZIONE
INNOVAZIONE
RICERCA EDUCATIVA



**Cofinanziato
dall'Unione europea**

Allegato 4: Modello sanitario

Nome dell'alunno: _____ Tessera sanitaria n. _____ Data di nascita: _____

1 L'alunno ha presentato le malattie/condizioni elencate di seguito?

	Sì	No		Sì	No
Morbillo	☐	☐	Febbre reumatica	☐	☐
Orecchioni	☐	☐	Tosse (persistente e ricorrente)	☐	☐
Rosolia	☐	☐	Mal di testa (persistente e ricorrente)	☐	☐
Varicella	☐	☐	Sonnambulismo	☐	☐
Poliomelite	☐	☐	Malattie sessualmente trasmissibili	☐	☐
Epatite	☐	☐	Appendicite	☐	☐
Tubercolosi	☐	☐	Parassiti (interni)	☐	☐
Scarlattina	☐	☐	Encefalite	☐	☐
FSME (Meningoencefalite da zecche)	☐	☐	Enuresi (perdita involontaria e completa di urina durante il sonno)	☐	☐

Se sì, riportare informazioni dettagliate e date (utilizzare pagine aggiuntive se necessario):

2 ACNE • Sì • No

Se sì, identificare l'area, la gravità, la cura somministrata, il relativo nome, dosaggio e frequenza, nonché il nome e il recapito del medico che segue l'alunno per il disturbo:

3 ALLERGIE • Sì • No

Se sì, identificare il tipo, la cura somministrata, il relativo nome, dosaggio e frequenza, nonché il nome e il recapito del medico che segue l'alunno per il disturbo:

4 ASMA • Sì • No

Se sì, identificare il tipo, la gravità, la cura somministrata, il relativo nome, dosaggio e frequenza:

5 DIABETE • Sì • No

Se sì, identificare il tipo, la gravità, la cura somministrata, il relativo nome, dosaggio e frequenza:

6 EPILESSIA • Sì • No

Se sì, identificare il tipo, la gravità, la cura somministrata, il relativo nome, dosaggio e frequenza:

7 L'alunno ha mai evidenziato qualsiasi malattia, disturbo o anomalia in termini di:

	Sì	No		Sì	No
Organi addominali, sistema digerente	☐	☐	Vasi sanguigni del cuore	☐	☐
Polmoni, sistema respiratorio	☐	☐	Tonsille, naso e gola	☐	☐
Ossa, articolazioni, apparato locomotore	☐	☐	Sangue, sistema endocrino	☐	☐
Apparato genito-urinario	☐	☐	Occhi/vista, orecchie/udito	☐	☐

Se sì, si prega di spiegare (utilizzare pagine aggiuntive se necessario) e specificare se sono necessari aiuti, adattamenti o un'assistenza speciale, nonché il nome e il recapito del medico che segue/ha seguito l'alunno per il disturbo:

8 L'alunno è stato ricoverato? • Sì • No

Se sì, indicare date, diagnosi ed esito di ciascun ricovero.

9 L'alunno attualmente assume farmaci o necessita di iniezioni (diverse da quelle precedentemente menzionate)? Sì ☐ No ☐

Se sì, identificare il farmaco, la ragione per l'impiego, il dosaggio e la frequenza nonché il nome e il recapito del medico che ha fatto la prescrizione:

10 L'alunno ha MAI consultato un neurologo, psicologo o altro specialista per disturbi di tipo nervoso, emotivo o alimentare? Sì ☐ No ☐

11 Vi sono precedenti di disturbi di tipo emotivo, nervoso o alimentari o ve ne sono di attualmente in corso? Sì ☐ No ☐

In caso di risposta affermativa a una delle due domande (10 o 11), deve essere allegata una relazione COMPLETA dello specialista nonché una dichiarazione dei genitori circa la malattia o il problema specifico. Nota bene: la sistemazione in una famiglia, scuola o comunità straniera ospitante richiede un adattamento che spesso è causa di stress a livello emotivo. Non si tratterà di un periodo di rilassamento o liberazione temporanea da qualsivoglia terapia attuale. Se l'alunno sta attualmente vivendo difficoltà a livello emotivo, fisico, personale o familiare, tali difficoltà possono essere notevolmente aggravate dall'adattamento richiesto dal programma. Dunque si chiede a Lei di valutare con attenzione la condizione e il trattamento attuali o precedenti dell'alunno unitamente alla sua capacità di gestire potenziali preoccupazioni e stress derivanti dall'adattamento a un ambiente straniero.

12 Esistono limitazioni o restrizioni di tipo sanitario alle attività dell'alunno e/o alla sua partecipazione alle attività sportive o vi sono informazioni da considerare per la sistemazione a casa/scuola? Sì ☐ No ☐

Se sì, descriverle:

13 L'alunno porta occhiali o lenti a contatto? Sì ☐ No ☐

Se sì, indicare la potenza delle lenti:

14 Quale è stata la data dell'ultima visita dentistica dell'alunno? _____

15 L'alunno porta un apparecchio ortodontico? Sì ☐ No ☐

Se sì, sono necessarie cure ortodontiche durante lo svolgimento del programma? Sì ☐ No ☐

Frequenza?

16 L'alunno ha ricevuto le seguenti vaccinazioni?

	Sì	No		Sì	No
Morbillo	☐	☐	Tetano	☐	☐
Poliomelite	☐	☐	Orecchioni	☐	☐
BCG	☐	☐	Rosolia	☐	☐
Epatite B	☐	☐	Difterite	☐	☐
Pertosse	☐	☐	Test per la TBC	☐	☐

Se altre vaccinazioni rilevanti da dichiarare, specificare:

17 Altro

Dichiaro inoltre (altre dichiarazioni rilevanti non presenti nel modulo)

Firma:

Io, sottoscritto/a _____ padre/madre dell'alunno _____
certifico che il presente Modello Sanitario contiene tutte le informazioni sanitarie aggiornate di rilievo, che non è stato omissso nulla di rilevante e
che l'alunno risulta in grado di prendere parte al viaggio. Sono consapevole che l'omissione di qualsiasi informazione rilevante potrebbe essere
dannosa per l'assistenza sanitaria dell'alunno e determinare la cessazione anticipata del soggiorno.

Mi impegno a comunicare qualsiasi variazione rilevante alla presente entro la data di partenza e sono consapevole delle sanzioni penali ed
amministrative previste dall'art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni false, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti
dati non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità, essendo a conoscenza della decadenza dai benefici conseguenti all'emanazione del
provvedimento basato su dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R.).

Piombino, _____

Firma _____

Privacy

Dichiaro, per mio conto o nell'interesse del soggetto rappresentato, di prestare il consenso al trattamento dei dati sanitari e socio-sanitari
personali e sensibili da parte delle Strutture Sanitarie e dell'Istituzione Scolastica. Le presenti informazioni saranno divulgate solamente ad un
medico in caso di malattia/infortunio/problemi di salute in generale.

Piombino, _____

Firma _____

"Finanziato dall'Unione europea. Le opinioni espresse appartengono tuttavia al solo o ai soli autori e non riflettono necessariamente le opinioni dell'Unione
europea o dell'Agenzia Nazionale Erasmus+ -INDIRE. Né l'Unione europea né l'amministrazione erogatrice possono esserne ritenute responsabili."