



Institut Saint Dominique  
ÉCOLE - COLLÈGE - LYCÉE



Carissimi genitori.

Al fine di ottimizzare il servizio sanitario per i vostri bambini all' interno della scuola, l'infermiera dell'Istituto Saint Dominique vi propone di rispondere al seguente questionario.

Resta inteso che tutte le informazioni saranno trattate in maniera del tutto confidenziale ed è per questo che vi chiedo di rinviarci il questionario consegnandolo in busta chiusa alla segreteria scolastica all'attenzione dell' infermiera.

Rimango a vostra disposizione per qualsiasi chiarimento.

L'infermiera:  
Anne Lambersend



Institut Saint Dominique  
ÉCOLE - COLLÈGE - LYCÉE



## Scheda informativa riguardante lo stato di salute del vostro bambino

COGNOME dell'alunno:

NOME:

SESSO:

Numero di fratelli e età

Numero di sorelle e età

Data di Nascita:

Nazionalità:

Classe:

Nome e numero di telefono del medico curante :

Vostro figlio/a ha presentato delle difficoltà durante la sua infanzia?

al momento della nascita? (parto prematuro, forcipe .. )  
spiegare:

nel momento in cui ha iniziato a camminare  
spiegare:

nel momento in cui ha iniziato a parlare e/o scrivere  
(balbuzie - blesità - dislessia .... )  
spiegare:

altro:

Vostro figlio/a è                      destro                      mancino

Ha problemi di udito ?

Ha un apparecchio acustico?

SI

NO

SI

NO

SI

NO

Ha problemi di vista?

Se si, porta

occhiali

lenti a contatto



Institut Saint Dominique  
ÉCOLE - COLLÈGE - LYCÉE



SI

Vostro figliola ha problemi psicomotori ?

si      no

Spiegare:

Ha allergie intolleranze conosciute? si/no

Se si            - medicinali, quali ?  
                  - alimenti, quali ?  
                  - altro (insetti, polvere .... ) ?

Se si            - è stato vaccinato?  
                  - ha un trattamento in corso?

Segue un regime alimentare particolare?

Per le ragazze, indicare l'età approssimativa delle loro prime mestruazioni

Vostro figlio/a ha controindicazioni nel praticare uno sport ?

(piscina, sport collettivi, ginnastica ?)

Se si, la presentazione di un certificato medico si ritiene obbligatoria

Vostro figlio/a sta seguendo una cura al momento?

si/no

Se si, porta con se i suoi medicinali ?

E quali ?

NOTA: Se lo desiderate, potete portare una ricetta del medico curante, specificando la ragione e la dose da somministrare.

Il medicinale sarà fornito dalla famiglia e verrà conservato in infermeria.





Institut Saint Dominique  
ÉCOLE - COLLÈGE - LYCÉE



COGNOME dell'allievo:  
NOME:  
SESSO:

Data di Nascita:  
Nazionalità:

Nome e tipo di legame parentale o legale con l'allievo della persona da contattare in caso d'urgenza: \_\_\_\_\_

Numero di telefono: \_\_\_\_\_

Indirizzo e mail : \_\_\_\_\_

- Vi ricordiamo che è obbligatorio per lo stato italiano che vostro figlio sia in regola con le vaccinazioni seguenti : Antipolio, Difterite, Tetano, Epatite B, Anti-Pertosse, Anti-Haemophilus Influenzae B, Anti- Morbillo,
- Anti-Rosolia, Anti- Parotite, Antivaricella ( Varicella soltanto per i bambini nati dal 2017).

E' per questo motivo che vi chiediamo una **copia delle vaccinazioni**.

E' compito del pediatra accertarsi che le vaccinazioni siano fatte a tempo debito e comunque la scuola non somministra le vaccinazioni.

- E' necessario informare l'infermeria di tutti i disturbi di cui vostro figlio può soffrire (per esempio : asma – paludismo – epilessia – allergie – diete particolari - intolleranze alle medicine) attraverso un **certificato medico** da ripresentare all'inizio di ogni anno scolastico.

-E' importante per noi conoscere meglio vostro figlio e tenere aggiornato il fascicolo relativo alla sua salute, i genitori sono tenuti ad informare lo staff medico **per iscritto** se si verifica un cambiamento nella vita dei loro figli (fisico - psichico)

### DICHIARAZIONE:

#### **In caso d'urgenza e unicamente nell'impossibilità di contattarmi**

Io sottoscritto (a)

.....

(padre - madre - tutore) autorizzo con la presente la Direzione dell'Istituto Saint Dominique a prendere tutte le disposizioni necessarie per la salute di :

COGNOME

NOME

Autorizzo inoltre la scuola a somministrare a mio figlio le cure e i medicinali di base per piccoli problemi che possono presentarsi durante la giornata (es : escoriazioni, mal di testa, punture di insetti ... )

FIRMA