



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE - FESR)



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "ALFONSO GATTO"

SCUOLA DELL'INFANZIA - SCUOLA PRIMARIA - SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

saic83800t@istruzione.it – saic83800t@pec.istruzione.it - Tel/ Fax 0828305462 Via Cagliari 6 – 84091 BATTIPAGLIA (SA)

C.F. 91027520658- www.istitutocomprensivogatto.gov.it - cod.mecc.SAIC83800T

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - "A. GATTO"-BATTIPAGLIA
Prot. 0004667 del 26/09/2019
02 (Uscita)

Ai docenti dell'I.C. "A.Gatto" di Battipaglia
Ai genitori
Al Personale ATA
All'Albo e al sito
Agli Atti

Oggetto: Rilevazione alunni affetti da allergie/intolleranze alimentari o da patologie croniche che richiedono eventuale somministrazione di farmaci a scuola.

In riferimento all'oggetto si comunica informativa con allegato modulo che dovrà essere compilato dai genitori degli alunni della Scuola dell'Infanzia, Primaria e della Scuola Secondaria di I grado per rilevare eventuali situazioni inerenti la salute degli alunni da tenere in considerazione e tutelare durante lo svolgimento della vita scolastica.

Tali moduli saranno consegnati al docente di sezione o al docente prevalente coordinatore di classe. Seguirà apposita regolamentazione della procedura da seguire in caso di necessità di somministrazione di farmaci. I docenti, avranno cura, una volta acquisite le dovute informazioni, di avvisare la scrivente della presenza di eventuali situazioni da regolamentare.

Si raccomanda scrupoloso adempimento e si ringrazia per la collaborazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Lea Celano



Ai docenti della sezione _____ / classe _____ Scuola _____

I sottoscritti _____ genitori dell'alunno/a
_____ frequentante la sezione _____ / classe _____ della Scuola

_____ dell'I.C. "A.Gatto" di Battipaglia, dichiarano che il/la proprio/a figlio/a è affetto/non affetto da allergie/intolleranze alimentari (barrare la voce interessa). In caso affermativo indicare le allergie o intolleranze

.....
.....
I sottoscritti inoltre dichiarano che il/la proprio/a figlio/a presente /non presenta (barrare la voce che interessa) patologie croniche per le quali si richiede la somministrazione di farmaci a scuola. In caso affermativo occorrerà farne repentina comunicazione in segreteria.

Battipaglia, _____

Firma genitori _____
