



MINISTERO dell'ISTRUZIONE, dell'UNIVERSITA' e della RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "PIO FEDI" - GROTTE S. STEFANO (VT)**

**SCHEMA DI RILEVAMENTO SANITARIO**

PLESSO DI _____	SCUOLA SECONDARIA
CLASSE _____	
ALUNNO/A _____	
HA PARTICOLARI ESIGENZE DI ALIMENTAZIONE (per intolleranze o credo religioso)	NO SI, _____
HA ALLERGIE	NO SI, _____
NECESSITA DI	MEDICINE _____ TERAPIA _____
EVENTUALE ORARIO E DOSAGGIO DI MEDICINALI	

Si prega di fornire il ragazzo/a dei farmaci personali con le relative prescrizioni firmate dal medico curante.  
Si raccomanda di avvisare i propri figli che dovranno assumere i farmaci solo dopo aver avvisato l'insegnante  
accompagnatore responsabile.

Ai sensi del D.L.G.S. 196/03 i dati verranno trattati esclusivamente per i fini richiesti.

Grotte S. Stefano, \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_