



ISTITUTO  
LEONE XIII

## RICHIESTA DEI DATI SANITARI

MOD 5.2-1

Revisione 0

COMUNICAZIONE RISERVATA

AL MEDICO SCOLASTICO

Dott. \_\_\_\_\_

### NOTIZIE NECESSARIE AL MEDICO DELLA SCUOLA PER LA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA SANITARIA INDIVIDUALE

L'Istituto Leone XIII informa, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 e secondo quanto previsto dall' art. 48, comma 2 del D.P.R. n. 445/2000, che i dati conferiti con la presente saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui sono stati raccolti, nonché per gli adempimenti amministrativi ad esso conseguenti

**SCUOLA**    PRIMARIA    SEC. I GRADO    LICEO CLASS.    LICEO SCIEN.

Anno scolastico \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

Data della compilazione \_\_\_\_\_

Nome e cognome alunno/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Abitante in Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ ( )

Telefono abitazione \_\_\_\_\_

Cell. mamma \_\_\_\_\_

Cell. papà \_\_\_\_\_

Altri (*specificare*) \_\_\_\_\_

Quante sono le persone in famiglia ? \_\_\_\_\_

Anno di nascita del padre \_\_\_\_\_ della madre \_\_\_\_\_

Professione del padre \_\_\_\_\_ della madre \_\_\_\_\_

(*nome scuola*)

Proviene da scuola:  dell'infanzia \_\_\_\_\_

primaria \_\_\_\_\_

sec. I grado \_\_\_\_\_

liceo \_\_\_\_\_

di Via/Piazza \_\_\_\_\_

## CONDIZIONI DI SALUTE DELLA FAMIGLIA

Con particolare riguardo a malattie allergiche, diabete, malattie cardiovascolari, tbc, tumori, malattie mentali.

del padre \_\_\_\_\_  
della madre \_\_\_\_\_  
dei fratelli N. ( ) \_\_\_\_\_  
delle sorelle N. ( ) \_\_\_\_\_  
di altri conviventi \_\_\_\_\_

### NOTIZIE RIGUARDANTI L'ALUNNO/A

**NATO/A** { a termine  \_\_\_\_\_  
prematuro  \_\_\_\_\_ } **PARTO** { spontaneo  \_\_\_\_\_  
cesareo  \_\_\_\_\_ }

ordine di generazione \_\_\_\_\_ peso alla nascita: Kg. \_\_\_\_\_

sofferenze alla nascita:  ittero grave  ipossia  convulsioni  altro: \_\_\_\_\_

**ALLATTAMENTO** sino a quanti mesi? \_\_\_\_\_

al seno  artificiale  misto

A quanti mesi i primi denti? \_\_\_\_\_ i primi passi? \_\_\_\_\_ le prime parole? \_\_\_\_\_

### EVENTUALI MALATTIE (indicare in quale anno)

Morbillo \_\_\_\_\_  Varicella \_\_\_\_\_  Parotite \_\_\_\_\_

Scarlattina \_\_\_\_\_  Pertosse \_\_\_\_\_  Rosolia \_\_\_\_\_

Epatite virale \_\_\_\_\_

Altre malattie o interventi chirurgici (*specificare*) \_\_\_\_\_

difetti della vista \_\_\_\_\_

difetti dell'udito \_\_\_\_\_

difetti del linguaggio \_\_\_\_\_

difetti della deambulazione \_\_\_\_\_

allergie ad  inalanti,  alimenti,  farmaci (*specificare tipologia*) \_\_\_\_\_

Pratica sport?  SI  NO Quale? \_\_\_\_\_

Quali sono il carattere ed il comportamento dell'alunno nell'ambiente domestico? \_\_\_\_\_

Vi sono altre notizie particolari che la famiglia ritenga di comunicare al medico della scuola? \_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE DEL GENITORE

-----