



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
