



**ISTITUTO COMPRENSIVO "G. MARCONI"**

VIA IONIO SNC, 84091 BATTIPAGLIA

Codice meccanografico SAIC8AD009 – C.f. 91050600658

E-mail SAIC8AD009@istruzione.it – Pec [saic8ad009@pec.istruzione.it](mailto:saic8ad009@pec.istruzione.it)

Sito web: <http://www.icmarconibattipaglia.gov.it>

**Ai docenti dell'I.C. "G. Marconi" eli 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 delle classi prime della Scuola Primaria e della Scuola Secondaria di I grado e delle prime sezioni della Scuola dell'Infanzia 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.

Per gli alunni delle altre classi e sezioni si provvederà mediante avviso scritto alle famiglie indicando che al sito è presente il modulo per eventuali segnalazioni.

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.

**F/to IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Dott.ssa Giacomina CAPUANO**

Ai docenti delle

sezione \_\_\_\_\_ / classe \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_

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

dell'I.C. "G. Marconi" 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 compilare apposita documentazione da ritirare in segreteria.

Battipaglia, \_\_\_\_\_

I genitori dell'alunno/a

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_