

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER I NUOVI ISCRITTI (età: 9 mesi-5 anni)

Si prega di compilare il presente modulo, necessario per la preparazione della Cartella Sanitaria dell'alunno, inserirlo in busta chiusa e depositarlo nell'apposita cassetta presso la Segreteria Didattica insieme a copia del Certificato di Vaccinazioni aggiornato. Oppure di inviarlo via mail al Medico Scolastico: [medico@marcellinequadronno.it](mailto:medico@marcellinequadronno.it)

Grazie per la collaborazione.

Data di compilazione \_\_\_\_\_

Alunno/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Abitante in \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

### 1) Notizie riguardanti la famiglia

Anno di nascita del padre \_\_\_\_\_

Condizioni di salute \_\_\_\_\_

Anno di nascita della madre \_\_\_\_\_

Condizioni di salute \_\_\_\_\_

Fratelli/sorelle (n.) \_\_\_\_\_

Condizioni di salute \_\_\_\_\_

### 2) Notizie riguardanti l'alunno

Ordine di nascita (primogenito, secondogenito ecc.) \_\_\_\_\_

Nato a termine \_\_\_\_\_ prematuro \_\_\_\_\_

Parto naturale \_\_\_\_\_ taglio cesareo \_\_\_\_\_

Peso alla nascita \_\_\_\_\_

## SVILUPPO

SVEZZAMENTO: mesi \_\_\_\_\_

completato  si  no

DENTIZIONE: primi dentini mesi \_\_\_\_\_

CONTROLLO DEGLI SFINTERI:  si  no

PRIMI PASSI: mesi \_\_\_\_\_

PRIME PAROLE: mesi \_\_\_\_\_

SONNO: \_\_\_\_\_

Malattie sofferte dall'alunno (indicare in quale anno) \_\_\_\_\_

Malattie esantematiche (varicella, scarlattina ecc.)

Interventi chirurgici \_\_\_\_\_

Allergie: alimentari \_\_\_\_\_

a farmaci \_\_\_\_\_

di altra natura (es. nickel) \_\_\_\_\_

Intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

Altri disturbi (convulsioni, disturbi gastrointestinali, cefalea, patologie a carico

dell'apparato muscolo scheletrico) \_\_\_\_\_

Malattie respiratorie ricorrenti \_\_\_\_\_

Difetti di vista \_\_\_\_\_

Se l'alunno è portatore di patologie note (asma, convulsioni febbrili, aritmie cardiache, epilessia), segnalare i provvedimenti da adottare in caso crisi

\_\_\_\_\_

Indicare i farmaci che assume abitualmente e la loro posologia \_\_\_\_\_

---

Se l'alunno dovesse necessitare di assumere farmaci durante l'orario scolastico, i genitori/tutori devono presentare al Preside e al Medico scolastico:

1. Richiesta scritta
2. Certificato rilasciato dal Medico Curante o dallo Specialista con l'indicazione precisa delle dosi, modalità e durata di somministrazione
3. Modulistica apposita compilata in ogni sua parte, disponibile presso la Sala Medica

L'autorizzazione alla somministrazione del farmaco ha validità per l'intero anno scolastico o per l'intero periodo indicato sul certificato.

I farmaci vanno consegnati in Sala Medica, in confezione integra, non scaduti e lasciati in custodia al personale della Sala Medica per tutta la durata della terapia.

*Ogni informazione riportata nel presente Questionario rimarrà riservata secondo le vigenti leggi sulla tutela della privacy.*

FIRMA DEL PADRE \_\_\_\_\_

FIRMA DELLA MADRE \_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 e ai sensi dell'art. 13 d.lgs n. 196/2003 così come modificato dal D.lgs 101/2018 in materia di protezione dei dati personali*

ACCONSENTO al trattamento dati  
da parte del Medico Scolastico

NON ACCONSENTO al trattamento dati  
da parte del Medico Scolastico

FIRMA DEL PADRE \_\_\_\_\_

FIRMA DELLA MADRE \_\_\_\_\_

## AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N.445/2000

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

In qualità di genitore (o esercente la responsabilità genitoriale) del minore sottocitato

**DICHIARO che**

(nome e cognome alunno) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

**HA EFFETTUATO LE VACCINAZIONI E RIVACCINAZIONI OBBLIGATORIE PER LA PROPRIA ETA'.  
HA INOLTRE ESEGUITO LE SEGUENTI VACCINAZIONI E RIVACCINAZIONI FACOLTATIVE**

\_\_\_\_\_

L'ULTIMA VACCINAZIONE ANTITETANICA E' STATA ESEGUITA IN DATA \_\_\_\_\_

LE STESSE VACCINAZIONI SONO STATE REGISTRATE PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE  
DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA CITTA' DI: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ACCONSENTO** *al trattamento dati da parte del Medico Scolastico ai sensi dell'art.13 d.lgs n. 196/2003 così come modificato dal D.lgs 101/2018 in materia di protezione dei dati personali*

Firma \_\_\_\_\_