

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

L'Istituto Scolastico

CHIEDE

per il/la proprio/a allievo/a

nato/a a il/...../.....

residente a

il rilascio del **certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico:**

- per lo svolgimento di attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche*
(specificare il tipo di attività che l'alunno svolgerà.....).
- per la partecipazione ai Campionati Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale
(specificare il tipo di attività che l'alunno svolgerà.....).

Data	Timbro della Scuola	Il Dirigente Scolastico o suo delegato
.....	

** Sono definite attività parascolastiche tutte quelle attività organizzate dalla Scuola al di fuori dei curricoli obbligatori (es. corsa campestre o attività sportive organizzate al di fuori dell'orario scolastico) che prevedono la partecipazione attiva dell'Insegnante.
Non rientrano tra le attività parascolastiche le attività curricolari svolte all'interno dell'orario di Scienze Motorie, anche se svolte al di fuori dei locali della Scuola.*

Certificato del Medico Curante

(Legge n°125 del 30/10/2013, Linee Guida del Ministero della Salute dell'8/08/2014)

Il/La Sig./ra,..... di cui sopra, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data/...../..... non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del suo rilascio.

Luogo	Timbro e Firma del Medico Curante
Data

Il Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico può essere prodotto anche in modelli diversi purchè conformi nel contenuto all'All. 2 delle Linee Guida del Ministero della Salute dell'8/08/2014.

Allegato 2

Scuola.....

**DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI
MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI**

I sottoscritti
genitori (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a iscritto/a a
codesta Scuola, Classe Sez Plesso

dichiarano

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

In fede

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

Allegato 3

CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON SUTURE/MEDICAZIONI/APPARECCHI GESSATI

Si certifica che l'alunno nato il

In seguito all'infortunio o evento avvenuto il che ha comportato un trattamento con prognosi di giorni, non presenta da un punto di vista medico ostacoli alla frequenza delle lezioni, ad esclusione della partecipazione ad attività motorie o di educazione Fisica.

Si rilascia al genitore disu propria richiesta

In fede

Timbro e firma del medico

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Al Dirigente scolastico dell'Istituto

Indirizzo

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)
 Genitore dello studente/essa, (oppure) Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa, (oppure) Studente/essa maggiorenne nato/a a il .../.../..... e residente a
 in Via, che frequenta la classe ... sez ... dell'Istituto sito in Via Cap
 Località Provincia

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Autorizzazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'AUSL n. /dal Dott., in data .../.../.....;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

che a mio/a figlio/a /a me stesso **sia somministrato in orario scolastico** il farmaco (scrivere nome commerciale)

(oppure)

che mio/a figlio/a/io **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, del farmaco (nome commerciale)

Esprimo il consenso a che il personale della scuola somministri il farmaco e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza delle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Numeri di telefono:	famiglia	pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede,

Luogo

Data

(1) Firma

_____ /___ /_____

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).

PIANO TERAPEUTICO

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile**

A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare
 - Mattina (h.) dose da somministrare
 - Pasto (prima, dopo) dose
 - Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessità di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):
.....
.....
- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

(Oppure)

B) Nome commerciale del farmaco **salvavita**

Modalità di somministrazione del farmaco

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....
- Dose da somministrare
.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

Sì
 No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

Sì
 No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL
.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....