

Istituto Paritario “Padre Angelico Lipani”

SCHEDA DI RILEVAZIONE DI ALLERGIE, INTOLLERANZE E TERAPIE FARMACOLOGICHE

Anno scolastico: 2026 - 2027

La presente scheda è finalizzata a raccogliere le informazioni necessarie alla tutela della salute e della sicurezza del/della minore durante la permanenza presso la scuola.

Si invitano i genitori/esercenti la responsabilità genitoriale a compilare il modulo in ogni sua parte e ad allegare la **certificazione medica e/o la documentazione sanitaria necessaria**, contenente le indicazioni utili alla gestione della condizione segnalata.

DATI DEL/DELLA MINORE

Cognome e nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Classe / Sezione: _____

DATI DEL GENITORE / ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Cognome e nome: _____

Recapito telefonico: _____

E-mail: _____

ALLERGIE

Il/la sottoscritto/a dichiara che il/la minore:

☐ non presenta allergie note

☐ presenta allergie, come di seguito specificato:

Tipologia di allergia:

☐ alimentare

☐ farmacologica

☐ ambientale

☐ da contatto

☐ altra: _____

Allergene/i noto/i:

Alimenti, farmaci, sostanze o altri elementi da evitare:

Manifestazioni/reazioni note:

Indicazioni da seguire in caso di reazione allergica:

☐ È disponibile un **piano di intervento/emergenza predisposto dal medico**, che si allega alla presente scheda.

☐ È stato prescritto un farmaco per la gestione dell'emergenza.

Farmaco: _____

Modalità di utilizzo/somministrazione: _____

INTOLLERANZE ALIMENTARI O DI ALTRA NATURA

Il/la sottoscritto/a dichiara che il/la minore:

☐ **non presenta intolleranze note**

☐ **presenta le seguenti intolleranze:**

Alimenti o sostanze da evitare:

Indicazioni dietetiche o comportamentali prescritte:

Eventuali ulteriori indicazioni del medico:

Si allega certificazione/documentazione medica:

- ☐ Sì
☐ No

TERAPIE FARMACOLOGICHE

Il/la sottoscritto/a dichiara che il/la minore:

- ☐ **non segue terapie farmacologiche durante il periodo di permanenza presso la scuola**
☐ **segue una terapia farmacologica durante il periodo di permanenza presso la scuola**

Nome del farmaco: _____

Principio attivo (se noto): _____

Motivo della terapia: _____

Dosaggio prescritto: _____

Orario/modalità di somministrazione: _____

Periodo previsto della terapia:

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Eventuali precauzioni, controindicazioni o indicazioni particolari:

☐ La terapia è accompagnata da **prescrizione medica/piano terapeutico**, allegato alla presente scheda.

RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

La presente sezione deve essere compilata esclusivamente qualora, per esigenze terapeutiche documentate, si renda necessaria la somministrazione di un farmaco durante l'orario scolastico.

RICHIESTA DEL GENITORE / ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Il/La sottoscritto/a _____,

in qualità di genitore/esercente la responsabilità genitoriale del/della minore

_____ ,

iscritto/a alla classe _____, **chiede che venga autorizzata la somministrazione a scuola del seguente farmaco:**

Nome commerciale: _____

Principio attivo: _____

Dosaggio: _____

Forma farmaceutica: _____

Modalità di somministrazione: _____

Orario/i previsto/i per la somministrazione:

Periodo di trattamento:

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

MOTIVAZIONE E PRESCRIZIONE MEDICA

Diagnosi/condizione clinica per la quale è prevista la terapia:

Il farmaco deve essere somministrato:

☐ secondo orario prestabilito

☐ al verificarsi di una determinata condizione/sintomatologia

☐ in situazione di emergenza

☐ secondo le ulteriori modalità indicate nella certificazione medica allegata.

Indicazioni specifiche fornite dal medico:

DOCUMENTAZIONE MEDICA

Alla presente richiesta viene allegata la seguente documentazione:

☐ certificazione/prescrizione medica

☐ piano terapeutico

☐ piano di intervento/emergenza

☐ altra documentazione sanitaria:

La documentazione allegata dovrà riportare le indicazioni necessarie alla corretta gestione della terapia, comprese, ove pertinenti, **modalità, dosaggio, tempi di somministrazione, eventuali condizioni di somministrazione e indicazioni da seguire in caso di mancata efficacia o reazione avversa.**

AUTORIZZAZIONE DEL GENITORE

Il/La sottoscritto/a dichiara di:

- aver fornito alla scuola informazioni complete e veritiere relative alla terapia;
- aver consegnato la documentazione medica necessaria;
- comunicare tempestivamente qualsiasi variazione della prescrizione o della terapia;
- provvedere alla sostituzione del farmaco qualora scaduto, deteriorato o non più conforme alla prescrizione;
- autorizzare la scuola, nell'ambito delle proprie procedure organizzative e delle competenze previste, a procedere alla gestione e alla somministrazione del farmaco secondo quanto indicato nella documentazione sanitaria allegata.

Luogo: _____

Data: ____ / ____ / ____

Firma del genitore/esercente la responsabilità genitoriale

GESTIONE DEL FARMACO DA PARTE DELLA SCUOLA

Farmaco consegnato alla scuola: _____

Quantità consegnata: _____

Data di scadenza: ____ / ____ / ____

Modalità di conservazione: _____

Luogo di conservazione presso la scuola:

Eventuali ulteriori indicazioni:

La scuola provvederà alla gestione del farmaco secondo le proprie procedure interne e sulla base della documentazione sanitaria acquisita.

Eventuali situazioni di emergenza saranno gestite secondo le indicazioni contenute nel piano di intervento/emergenza e secondo le procedure previste dalla scuola e dalla normativa applicabile.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA ALLEGATA

Ai fini della corretta gestione delle condizioni segnalate, il genitore/esercente la responsabilità genitoriale allega:

☐ Certificazione medica relativa ad allergia

☐ Certificazione medica relativa ad intolleranza

☐ Prescrizione medica

☐ Piano terapeutico

☐ Piano di intervento/emergenza

☐ Indicazioni mediche per la somministrazione di farmaci

☐ Relazione specialistica

☐ Altra documentazione:

Numero di documenti allegati: _____

DICHIARAZIONE DEL GENITORE / ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Il/La sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, che le informazioni fornite nella presente scheda sono **veritiere, complete e aggiornate**.

Si impegna a comunicare tempestivamente alla scuola qualsiasi variazione relativa alle condizioni di salute, alle allergie, alle intolleranze o alle terapie del/della minore e a fornire la relativa documentazione sanitaria aggiornata.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico è subordinata alla **documentazione sanitaria necessaria e alle procedure adottate dall'Istituto**, nonché alle disposizioni normative applicabili.

Luogo: _____

Data: ____ / ____ / ____

Data di ricezione della richiesta: ____ / ____ / ____

Documentazione ricevuta:

☐ Completa **Firma del genitore/esercente la responsabilità genitoriale**

AVVERTENZA

La presente scheda costituisce uno strumento di raccolta delle informazioni necessarie alla gestione delle esigenze del/della minore e **non sostituisce la certificazione, la prescrizione medica, il piano terapeutico o il piano di emergenza eventualmente necessari**.

La documentazione sanitaria dovrà contenere indicazioni chiare e sufficienti per consentire alla scuola di adottare le misure previste dai propri protocolli e dalla normativa applicabile.

La presente autorizzazione dovrà essere riesaminata in caso di **modifica della terapia, della prescrizione medica, delle modalità di somministrazione o delle condizioni cliniche** del/della minore.

Roma,