

MODULO DI ALLONTANAMENTO
I. C. " De Amicis Bolani"

Parte da consegnare al PLS/MMG

Data:

Orario di uscita/allontanamento:.....

L'alunno/a..... sezione/classe..... scuola

- Infanzia
- Primaria
- Secondaria di I ^

Dell'IC De Amicis Bolani in data odierna ha **manifestato sintomi che sono incompatibili con la**

partecipazione all'attività scolastica. Come previsto dalle linee guida attualmente in vigore l'alunno/a deve fare ritorno al proprio domicilio ed è necessario rivolgersi tempestivamente al proprio Pediatra di riferimento per effettuare le valutazioni del caso. **L'alunno allontanato non potrà rientrare a scuola se non a seguito di presentazione di certificato medico di riammissione in comunità**

Sintomo riscontrato (segnare con una X):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Febbre > di 37.5° | <input type="radio"/> Difficoltà respiratorie | <input type="radio"/> Perdita del gusto e/o dell'olfatto |
| <input type="radio"/> Mal di Gola | <input type="radio"/> Tosse | <input type="radio"/> Congestione nasale |
| <input type="radio"/> Congiuntivite | <input type="radio"/> Vomito | <input type="radio"/> Diarrea |

o Altro:

Firma del docente:

Il/la Sottoscritto/a in qualità di dell'alunno
..... dichiara di prendere in consegna l'alunno/a

Firma del genitore o del delegato

Parte da conservare a scuola

Data:

Orario di uscita/allontanamento:.....

L'alunno/a..... sezione/classe..... scuola..... in data odierna ha manifestato sintomi che sono incompatibili con la partecipazione all'attività scolastica. Come previsto dalle linee guida attualmente in vigore l'alunno/a deve fare ritorno al proprio domicilio ed è necessario rivolgersi tempestivamente al proprio Pediatra di riferimento per effettuare le valutazioni del caso.

Sintomo riscontrato (segnare con una X):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Febbre > di 37.5° | <input type="radio"/> Difficoltà respiratorie | <input type="radio"/> Perdita del gusto e/o dell'olfatto |
| <input type="radio"/> Mal di Gola | <input type="radio"/> Tosse | <input type="radio"/> Congestione nasale |
| <input type="radio"/> Congiuntivite | <input type="radio"/> Vomito | <input type="radio"/> Diarrea |

o Altro:

o . Firma del docente: Pediatra di riferimento

o Telefono Pediatra

Il/la Sottoscritto/a in qualità di dell'alunno
..... dichiara di prendere in consegna l'alunno/a.

Firma del genitore o del delegato