



# SCUOLA STATALE ITALIANA DI MADRID

Calle Agustín de Betancourt, 1 - 28003 MADRID ☎ 91.533.05.39 fax 91.534.58.36  
✉ [dsga@scuolaitalianamadrid.org](mailto:dsga@scuolaitalianamadrid.org) ✉ [scuolaitalianamadrid@pec.postamsw.it](mailto:scuolaitalianamadrid@pec.postamsw.it)

CIRCOLARE n° 08/A - 14/P

Madrid, 13/09/2018

Prot. n° 3189 /SI

*Scuola primaria  
Scuola Sec. di I grado  
Liceo*

AI GENITORI  
AGLI ALUNNI  
A TUTTO IL PERSONALE

## **Oggetto: Servizio di assistenza medica anno scolastico 2018/2019.**

Si comunica che è già stato attivato il servizio di assistenza medica per gli alunni della Scuola. Per facilitare il lavoro della dottoressa, D<sup>a</sup> Sara De Dios, si pregano i sigg. genitori di comunicare, tramite il modulo allegato, eventuali allergie e/o precedenti medici rilevanti del/della proprio/a figlio/a, così come eventuali farmaci che assume con regolarità.

In caso di terapie che prevedono assunzione di un farmaco in orario scolastico da parte dell'alunno, quest'ultimo dovrà portare con sé il farmaco assieme ad un'autorizzazione del genitore alla somministrazione dello stesso nella quale venga specificata la posologia.

Il modulo allegato alla presente comunicazione dovrà essere consegnato esclusivamente a un docente della propria classe, che in seguito provvederà a consegnarlo alla dottoressa entro e non oltre giovedì 20 settembre.



Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Paola Gasco

**\*Da consegnare entro giovedì 20 settembre 2018 a un docente della classe**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELLA SCUOLA STATALE ITALIANA DI MADRID**

**SERVIZIO ASSISTENZA MEDICA**

Il/La sottoscritto/a .....

genitore dell'alunno/a ....., iscritto/a alla classe .....

della scuola ..... (primaria - sec. I grado - sec. II grado), comunica

1 . precedenti medici e/o allergie del/della proprio/a figlio/a: .....

2 . farmaci che assume abitualmente: .....

Autorizzo inoltre, in caso di febbre, a somministrare a mio/a figlio/a il seguente farmaco:

.....  SI  NO

(per es.: ibuprofene, paracetamolo, ecc.)

Madrid,.....

Firma

.....

**\*Da consegnare entro giovedì 20 settembre 2018 a un docente della classe**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELLA SCUOLA STATALE ITALIANA DI MADRID**

**SERVIZIO ASSISTENZA MEDICA**

Il/La sottoscritto/a .....

genitore dell'alunno/a ....., iscritto/a alla classe .....

della scuola ..... (primaria - sec. I grado - sec. II grado), comunica

1 . precedenti medici e/o allergie del/della proprio/a figlio/a: .....

2 . farmaci che assume abitualmente: .....

Autorizzo inoltre, in caso di febbre, a somministrare a mio/a figlio/a il seguente farmaco:

.....  SI  NO

(per es.: ibuprofene, paracetamolo, ecc.)

Madrid,.....

Firma

.....