

MODULO DI ALLONTANAMENTO

PARTE DA CONSEGNARE AL PLS/MMG

Data: Orario di uscita/allontanamento:

L'alunno/a..... classe Sez. Plesso

dell'Istituto Comprensivo "Ardito-Don Bosco" di Lamezia Terme (CZ), 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="checkbox"/> Febbre > di 37.5° | <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratorie | <input type="checkbox"/> Perdita del gusto e/o dell'olfatto |
| <input type="checkbox"/> Mal di Gola o Tosse | <input type="checkbox"/> Congestione nasale | <input type="checkbox"/> Congiuntivite |
| <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Diarrea | |

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..... classe.....sez..... Plesso.....

dell'Istituto Comprensivo "Ardito-Don Bosco" di Lamezia Terme (CZ), 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/Medico di riferimento per effettuare le valutazioni del caso.

Sintomo riscontrato (segnare con una X):

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

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