Modello C

 Al Dirigente Scolastico I.C. ”Caiati-Don Tonino Bello”- Bitonto

 c/o Uffici di Segreteria – Area Alunni

**PIANO TERAPEUTICO ALLERGIE**

(a cura dei genitori, previa prescrizione del Medico di Famiglia-Medico Specialista-Pediatra)

I sottoscritti

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Genitori, tutori legali, affidatari dell’alunno/a…………………………………………………………………………………………………………….

Nato/a a……………………………………………………………il………………………………residente in……………………………………………………

In via………………………………………………………………………………………………………frequentante la classe……………………………..

Sita nel Plesso……………………………………………………………………………..di ………………………………………………………………………..

Dell’ I.C. “Caiati-Don Tonino Bello” di Bitonto

Essendo il minore affetto dalla seguente allergia……………………………………………………………………………………………………

Per la quale si consegna alla scuola la dovuta certificazione sanitaria

COMUNICANO

Il seguente piano terapeutico:

* **Piano di continuità terapeutica**

Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

-Farmaco……………………………………………………………………………….

-Dose………………………………………………………………………………………

-Tempistica…………………………………………………………………………….

-Modalità…………………………………………………………………………………

* **Premedicazione prima dell’attività fisica**

Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

-Farmaco……………………………………………………………………………….

-Dose………………………………………………………………………………………

-Tempistica…………………………………………………………………………….

-Modalità…………………………………………………………………………………

* **Diagnosi per cui puo’ essere richiesto un intervento di emergenza**

……………………………………………………………………………………………....

………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..

* **Piano Terapeutico di Emergenza per l’attacco acuto d’asma bronchiale**

Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

-Farmaco……………………………………………………………………………….

-Dose………………………………………………………………………………………

-Tempistica…………………………………………………………………………….

-Modalità…………………………………………………………………………………

Luogo e data

 Firme

 ………………………………………………………

 …………………………………………………………

 Timbro e firma del Medico

 ………………………………………………………

**Contatti utili**

1. Padre…………………………………………………………tel……………………………………..
2. Madre………………………………………………………..tel………………………………………
3. Medico………………………………………………………tel………………………………………
4. Altro…………………………………………………………tel…………………………………….