

MODULO DI ALLONTANAMENTO

Parte da consegnare al PLS/MMG

Data:

Orario di uscita/allontanamento:.....

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

Infanzia

Primaria

Secondaria di I

grado

Dell'IC "Foscolo" Bagnarain 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. **Non si potrà procedere alla riammissione in comunità se non in presenza di idonea certificazione medica.**

Sintomo riscontrato (segnare con una X):

Febbre > di 37.5° Difficoltà respiratorie Perdita del gusto e/o dell'olfatto

Mal di Gola Tosse Congestione nasale

Congiuntivite Vomito 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..... 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):

Febbre > di 37.5° Difficoltà respiratorie Perdita del gusto e/o dell'olfatto

Mal di Gola Tosse Congestione nasale

Congiuntivite Vomito Diarrea

Altro:

. Firma del docente: Pediatra di riferimento

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