



Istituto Comprensivo Statale "Rachel Behar"

Sede via Mezzano,41 28068 Trecate(NO) tel. 0321-71158-fax 0321730126
e-mail: noic82900g@istruzione.it pec: noic82900g@pec.istruzione.it
Scuola dell'Infanzia, primaria e secondaria di I grado dei Comuni di Sozzago e Trecate

Ai genitori/Agli affidatari
Aux parents / aux responsables légaux

dell'alunn___: _____
de l'élève

classe_____ sezione_____
classe section

Al fine di tutelare il benessere psicofisico dell'alunno, si chiede di segnalare a questa istituzione scolastica se il proprio figlio è affetto da particolari patologie (diabete, epilessia, emofilia, etc.) che potrebbero rendere necessari interventi farmacologici o di primo soccorso, urgenti.

Si prega pertanto di compilare il modello che segue e restituirlo firmato.

Pour garantir à l'élève son bien être psychophysique, on demande de signaler à cet Etablissement scolaire les pathologies spécifiques (diabète,épilepsie, hémophilie etc.) de l'élève, pathologies qui pourraient entraîner un traitement pharmacologique urgent ou un premier secours.

Veillez donc, s'il vous plaît, remplir ce formulaire ci joint et nous le renvoyer signé.

_____, ___/___/_____
Lieu, date

Il Dirigente scolastico
Le Chef de l'Etablissement

Il sottoscritto/a _____ genitore
Je soussigné/e nom et prénom parent

dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sezione _____
de l'élève nom et prénom qui fréquente la classe section

di questo Istituto,
de cet Etablissement scolaire

**DICHIARA
DECLARE QUE**

- Che il proprio/la propria figlio/a non è affetto da patologie che potrebbero rendere necessari particolari interventi d'urgenza:
son propre fils/fille ne souffre d'aucune pathologie qui pourrait nécessiter d'une intervention urgente
- Che il proprio/la propria figlio/a è affetto dalla/e seguente/ patologia/e, (come da certificato medico):
son propre fils/fille souffre de la suivante pathologie (joindre certificat médical)

e, pertanto,
et, à cause de cette pathologie

**CHIEDE
DEMANDE**

che l'adulto che lo ha in custodia si attenga scrupolosamente, nelle situazioni indicate sul certificato, a quanto prescritto sullo stesso.
que, si l'occasion se présente, le responsable suive de façon exacte les dispositions prescrites dans le certificat médical.

Luogo e data, _____
Lieu, date

Firma _____
signature

INFORMATIVA SUI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE

(D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196)

Il sottoscritto prende atto che i dati personali inseriti nel presente modulo e nei documenti allegati sono oggetto di trattamento ai fini di interventi di primo soccorso che eventualmente si rendessero necessari durante l'orario scolastico ed in mancanza dei quali l'istituzione scolastica non sarebbe in grado di tutelare la salute dell'alunno e che i propri diritti sul trattamento dei dati forniti sono tutelati dal D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196

Renseignements sur les données personnelles et sur les droits du déclarant

(Dlvo 30 juin 2003, n. 196)

Le soussigné a pris connaissance que les données inscrites dans le présent formulaire et dans les documents ci joints ne seront utilisées que dans le cas d'une intervention urgente pendant l'horaire scolaire et que sans ces renseignements l'Etablissement scolaire ne pourrait pas secourir l'élève. Les droits sur les traitements de ces données sont protégées par le D.lvo 30 juin 2003, n. 196

Luogo e data, _____
Lieu et date

Firma _____
signature