

SCHEDA D'ENTRATA

Il documento va compilato in tutte le sue parti. Le informazioni sono ad uso esclusivo del personale e sottostanno al segreto professionale. Ogni modifica o cambiamento andrà segnalata in direzione.

1. DATI PERSONALI

ALUNNO/A	
Cognome:	Nome:
Via:	Comune:
Telefono:	Luogo di nascita:
Nazionalità:	Data di nascita:
Attinenza:	Permesso:
Cassa malati:	Numero:
Responsabilità Civile:	
Nr. AVS:	
AGI: Si () No () Grado: lieve () medio () elevato ()	
Richiesta di: Esternato () Internato () Formazione ()	

2. RETE FAMILIARE

PADRE	
Cognome:	Nome:
Via:	Comune:
Data di nascita:	Nazionalità:
Telefono:	E-mail:
Permesso:	
Professione:	
Datore di lavoro:	

MADRE	
Cognome:	Nome:
Via:	Comune:
Data di nascita:	Nazionalità:
Telefono:	E-mail:
Permesso:	
Professione:	
Datore di lavoro:	

Filialità : Naturale () Adottivo () In affido ()
--

FRATELLI / SORELLE		
Nome	Data di nascita	Attualmente vive presso

SITUAZIONE GIURIDICA	
Famiglia unita: ()	Famiglia monoparentale: ()
Genitori separati: ()	Genitori conviventi:()
Genitori divorziati:()	Famiglia ricomposta: ()
Altro:	

AUTORITÀ PARENTALE	
Del padre ()	Della madre ()
Entrambi i genitori ()	
Altro () in caso affermativo specificare:	
MISURARE TUTELARI: (Si) (No)	
In caso affermativo specificare:	
Curatela: Di sostegno ()	Di rappresentanza ()
Di cooperazione ()	Generale ()
Altro () in caso affermativo specificare:	
Nome e cognome del curatore:	
Numero di Tel:	
E-mail:	
Indirizzo:	

3. INDICAZIONI SANITARIE E TERAPEUTICHE

MODALITA' DI ENTRATA
Famiglia () scuola () UAP() SEPS () ARP () CPE() SMP ()
Altro () in caso affermativo specificare:

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ALLIEVO/A	
Diagnosi:	

MOTIVO D'ISCRIZIONE ALLA SCUOLA SPECIALE	
Difficoltà di apprendimento	
Problemi sensoriali	
Problemi psicomotori	
Problemi linguistici	
Stato di salute generale	
Difficoltà comportamentali	
Difficoltà di attenzione	
Altro () in caso affermativo specificare:	

SPECIALISTI DI RIFERIMENTO	
Pediatra / Medico	
Logopedista	
Psicologo/Psicoterapeuta	
Psichiatra	
Ergoterapista	
Fisioterapista	
Psicomotricista	
Dietista	
Altri specialisti (specificare)	
Trattamenti ancora in corso:	

STATO DI SALUTE ATTUALE SECONDO L'ULTIMO CONTROLLO MEDICO

NECESSITA' DI MEZZI AUSILIARI?

--

ATTUALMENTE IL SUO STATO DI SALUTE NECESSITA DI QUALCHE INTERVENTO O ATTENZIONE PARTICOLARI?

--

SONO PREVISTI INTERVENTI CHIRURGICI O ALTRO A BREVE O MEDIO TERMINE?

--

SOFFRE DI EPILESSIA? No () Si ()

Grande male ()

Assenze ()

Prevedibilità?

Specificare:

--

SOFFRE DI ALLERGIE?

A medicinali? No () Si ()

specificare:

--

Ad alimenti ? No () Si ()

specificare:

--

Altre allergie o intolleranze? No () Si ()

specificare:

--



ALTRE PROBLEMATICHE	
Porta i pannolini?	No () Si ()
Problemi del sonno?	No () Si ()
specificare:	
Come interviene la famiglia?	
Altro (specificare):	

4. FARMACOTERAPIA

IN PASSATO HA ASSUNTO MEDICAMENTI?
No () Si ()
Quale?.....

ATTUALMENTE ASSUME MEDICAMENTI?
No () Si ()
Specificare qui sotto

Terapia / medicamento	ORA	ORA	ORA	ORA
Riserva	ORA	ORA	ORA	ORA

Commenti/note:

.....
.....

ESISTONO INCOMPATIBILITÀ TRA I MEDICAMENTI E ALTRE SOSTANZE?

Si () No ()

Quali?.....

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEDICAMENTI

Autorizzo il personale dell'Istituto S. Angelo di Loverciano a somministrare i medicinali prescritti dal medico

Si () No ()

Autorizzo il personale dell'Istituto S. Angelo di Loverciano a somministrare i medicinali generici (ad esempio Dafalgan) al bisogno

Si () No ()

In caso di necessità gli operatori si impegnano a contattare i familiari, e in caso di mancata risposta, il medico curante dell'allievo o il medico di riferimento dell'Istituto dott. Fritz di Castel San Pietro.

5. PERCORSO SCOLASTICO PRECEDENTE

PERCORSI EDUCATIVI E FORMATIVI PRECEDENTI

Ultimo insegnante:

Ultimo educatore di riferimento:

Osservazioni importanti:

6. AUTORIZZAZIONI

PARTECIPAZIONE ALL'ISTRUZIONE RELIGIOSA

Materia

Si () No ()

Messa

Si () No ()

TRASPORTI

Autorizzo il trasporto di mio figlio/a con i veicoli dell'Istituto o con l'autovettura privata di insegnati ed educatori per le diverse attività:

Si () No ()

RACCOLTA INFORMAZIONI

Autorizzo la direzione dell'Istituto a raccogliere presso i medici curanti ed i terapeuti le informazioni sulla salute e tutti i dati inerenti alle prestazioni erogate dall'Assicurazione Invalidità agli uffici competenti per mio figlio/a (AGI, N. AVS ecc.)

Si () No ()

RACCOLTA FOTO E VIDEO

Autorizzo che il/la proprio/a figlio/a venga ritratto, in foto e/o video, durante lo svolgimento di attività didattiche, progettuali e educative organizzate dall'Istituto dando il consenso alla diffusione delle stesse sul sito web della Fondazione Sant'Angelo di Loverciano, sul sito di partner e sui social (Instagram e Facebook).

Si () No ()

Le finalità di tali pubblicazioni sono meramente a carattere informativo e promozionale.

La presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata in qualsiasi momento con comunicazione scritta da inviare alla direzione dell'Istituto.

7. ALLEGATI

- ALLEGARE UNA COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ O PERMESSO DELL'ALLIEVO
- ALLEGARE POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE DELL'ALLIEVO
- ALLEGARE POLIZZA DI CASSA MALATI



- ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO AVS AI
- ALLEGARE EVENTUALI DOCUMENTI MEDICO-SANITARI (RAPPORTI MEDICI, DIAGNOSI)
- ALLEGARE EVENTUALI DECISIONI DI TUTELA
- ALLEGARE ULTIMI RAPPORTI SCOLASTICI

Data.....

Firma autorità parentale.....

Firma del giovane

Marilena Pulieri

Direzione

Fondazione Sant'Angelo Loverciano