



**ISTITUTO COMPRESIVO 1
PESCANTINA**
Via Ponte,154 37026 Pescantina (VR)
Tel. 045 7150742

ALL.13

MODULO DI ALLONTANAMENTO

Parte da consegnare al genitore o delegato

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):

- | | | |
|--|--|---|
| <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 | <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Congestione nasale |
| <input type="checkbox"/> Congiuntivite | <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> 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):

- | | | |
|--|--|---|
| <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 | <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Congestione nasale |
| <input type="checkbox"/> Congiuntivite | <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> 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