

**ASILO INFANTILE "VITTORIA"
GESTIONE SCUOLA DELL'INFANZIA "VITTORIA"
E
NIDO INTEGRATO "PRATO FIORITO"**

Via R. Selvatico n.8/1 31956 RONCADE (TV)

**REGOLAMENTO
SANITARIO**

Ufficializzato dal C.d.A. con delibera del 08.07.2010



**IL PRESIDENTE
Criveller Sergio**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "S. Criveller", written over the printed name.

**AZIENDA U.L.S.S. N.2
UNITA' LOCALE SOCIO SANITARIA DELLA REGIONE VENETO
SERVIZIO DI PEDIATRIA DI COMUNITA'**

INDICAZIONI PER IL CONTROLLO E PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE NELLE SCUOLE

Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS 9 di Treviso, ha ritenuto opportuno preparare un documento con le indicazioni per il controllo e prevenzione delle malattie infettive nelle scuole.

Questo documento è stato condiviso con i Pediatri di Comunità e i Pediatri di Famiglia che operano in questa Azienda ULSS.

Il documento prende in considerazione, nella sua prima parte, in particolare l'asilo nido, ma le indicazioni generali sono valide per tutte le altre scuole.

Inserimento al nido

Certificato medico

Per l'inserimento del bambino al Nido **non è necessario** un certificato medico attestante le buone condizioni generali.

E' necessaria una certificazione del Pediatra di Famiglia, con il consenso dei genitori o di chi esercita la patria potestà, nei casi di malattie croniche importanti da comunicare alla scuola (come per esempio diabete, fibrosi cistica, malattia celiaca, asma grave, anafilassi, ecc.) e nei casi di allergie alimentari.

Non è necessario segnalare patologie infettive (come per es. portatore HBV, HCV, HIV, ecc.). Sono sufficienti le misure normalmente attuate negli asili nido per controllare i rischi di diffusione di germi patogeni.

Non è necessario il certificato delle vaccinazioni. E' sufficiente la fotocopia del cartellino delle vaccinazioni aggiornato.

Vaccinazioni

E' auspicabile che tutti i bambini al momento dell'inserimento in comunità abbiano ricevuto le vaccinazioni previste dal calendario regionale e che queste siano regolarmente aggiornate.

La regolare effettuazione delle vaccinazioni è fondamentale perché riduce il rischio del bambino alle infezioni, rischio aumentato a causa della frequenza nelle comunità infantili.

I bambini che non eseguono le vaccinazioni possono comunque frequentare il Nido se le condizioni epidemiologiche lo permettono. Qualora si verificassero specifici casi di malattia, come misura di protezione dei bambini non vaccinati, il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica potrà prevedere il loro temporaneo allontanamento.

I più frequenti problemi sanitari

La maggior parte delle malattie che si contraggono al Nido sono banali virosi; validi e talora unici strumenti per combatterle sono le misure di igiene (lavaggio delle mani, misure di riduzione della diffusione aerea, ecc.), l'allontanamento dal nido ed il riposo a domicilio.

L'evento più frequente è la **febbre**.

Sono eventi ricorrenti anche la **diarrea** e la **congiuntivite** dovuti per lo più a virus con o senza febbre.

In queste situazioni è opportuno che il bambino possa rientrare a casa propria ed essere tenuto in osservazione per almeno 24 ore.

Al Nido, di norma, non verranno somministrati farmaci se non in casi particolari l'antipiretico e previo assenso scritto dei genitori al momento dell'inserimento e i farmaci salvavita secondo le modalità definite con specifici protocolli.

Allontanamento

Le educatrici comunicheranno ai genitori qualsiasi problema sanitario e, nel caso sia necessario, questi ultimi (o chi per loro) provvederanno a riportare a casa il bambino.

L'allontanamento è disposto dalle educatrici nelle seguenti condizioni:

- **Febbre con temperatura ascellare eguale o superiore a 38°;**
- **Febbricola con temperatura ascellare inferiore a 38° e con segni di malessere tali da impedire la partecipazione alle attività routinarie;**
- Segni o sintomi di possibili malattie importanti: il bambino appare stranamente **stanco** o presenta **pianto persistente** o ha una **tosse continua, irritabilità** non giustificata, o lamenta **dolore addominale** persistente o presenta altri segni inusuali;
- **Esantemi cutanei febbrili;**
- **Eruzioni cutanee generalizzate** (per esempio impetigine)
- **Feci acquose e/o vomito:** due o più episodi al insorgenza improvvisa oppure un solo episodio se è in atto al nido un'epidemia di gastroenterite;
- **Arrossamento oculare con secrezione muco-purulenta giallastra** ad insorgenza improvvisa;
- **Lesioni nella bocca** (vescicole) due o più con salivazione.

Non vanno esclusi dalla frequenza scolastica i portatori cronici di virus a trasmissione parenterale (epatite B, epatite C), i bambini con infezioni da HIV e i bambini con positività a germi patogeni usuali (es. salmonella, streptococco).

In generale non è necessario tenere a casa i bambini asintomatici che sono stati esposti ad una qualche malattia infettiva a meno che non sviluppino i segni della malattia.

Riammissione in comunità

Per la riammissione al Nido non è sufficiente la mancanza di sintomi di malattia, bensì è necessario che il bambino si sia ristabilito al punto da poter partecipare attivamente alla vita del Nido.

In caso di allontanamento per **febbre**, il bambino deve essere tenuto in osservazione per almeno 24 ore prima del rientro.

Il rientro, esclusi i casi per cui è necessaria la certificazione del pediatra, viene regolato dalle educatrici.

Qualunque assenza per **malattia della durata superiore ai cinque giorni**, con rientro quindi dal settimo giorno in poi (comprendendo il sabato e la domenica o altri giorni festivi) necessita di certificato del medico curante (cfr: DPR 22.12.1967, art. 42 DPR N°314 DEL 28.09.1990, ART.19). così pure il certificato sarà necessario in caso di malattia infettiva e diffusiva (scarlattina, impetigine, varicella, scabbia, pertosse, salmonellosi minori, etc.) qualunque sia la durata dell'assenza.

Nel caso di **congiuntivite** (infezione molto contagiosa che si manifesta con arrossamento oculare, lacrimazione abbondante e secrezione muco-purulenta giallastra) la riammissione avviene dopo 24 ore di terapia antibiotica locale certificata dal Pediatra di Famiglia.

La riammissione in caso di **pediculosi** avviene con l'autodichiarazione del genitore di avere eseguito un adeguato trattamento.

Non esiste dimostrazione di efficacia di altre modalità di riammissione.

Non è possibile la riammissione in comunità, dopo patologia acuta, ogniqualvolta il bambino richieda, per il suo stato di salute, cure particolari che il personale non sia in grado di garantire senza pregiudicare l'assistenza agli altri bambini.

In caso di assenza per i **motivi familiari** non è necessario, al rientro, alcun certificato, purché i genitori abbiano preventivamente avvisato il personale del Nido.

FARMACI

Al Nido non vengono somministrati farmaci.

Vi sono le **seguenti eccezioni** alla regola.

Il **Paracetamolo** (Tachipirina o analoghi) può essere somministrato dalle educatrici:

- quando nessuno (genitori, nonni...) può provvedere al ritiro immediato del bambino nel caso di improvviso rialzo termico (38°C)
- nel caso di pregressa storia di convulsione febbrile.

In questi due casi è comunque necessaria una **autorizzazione scritta** da parte dei genitori o di chi esercita la patria potestà e convalidata dal Pediatra di Famiglia al momento dell'inserimento al nido, con le indicazioni del nome del farmaco, dosaggio, via di somministrazione e conservazione.

I **farmaci salva-vita** possono essere somministrati ai bambini affetti da particolari gravi patologie. Ciò deve essere attestato dal Pediatra di Famiglia che ne dispone il dosaggio, le modalità di somministrazione ed il piano terapeutico. In ciascuno di questi casi verrà costruito uno specifico progetto di intervento.

Ogni tipo di farmaco è a carico della famiglia del bambino.

Riammissione nelle comunità infantili e scolastiche delle principali e più frequenti malattie infettive.

Malattia Infettiva	Periodo contumaciale: periodo minimo di allontanamento dalla comunità.
Campilobacteriosi	Fino a guarigione clinica (feci composte) o dopo almeno 3 giorni di terapia con macrolide
Congiuntivite purulenta	Sino a 24 ore dall'inizio del trattamento antibiotico
Diaree infettive	Allontanamento per almeno il giorno successivo e riammissione a guarigione clinica (feci composte)
Epatite A	Fino ad una settimana dalla comparsa dell'ittero
Epatite B	Nessuno
Epatite C	Nessuno
Epatite E	Fino a 14 giorni dall'esordio
Eritema infettivo (M. da parvovirus B-19-5^malattia)	Nessuno
Febbre tifoide e paratifoide	Fino a negatività di 3 coproculture, eseguite a giorni alterni dopo almeno 48 ore dalla fine del trattamento antibiotico
Guardia lamblia	Fino a guarigione clinica (feci composte) o al completamento della terapia
Infezioni da citomegalovirus	Nessuno
Influenza	Fino a guarigione clinica
Malattia invasiva da HIB	Fino a guarigione clinica
Malattia invasiva da meningococco	Fino a 24 ore dall'inizio di un trattamento di bonifica
Meningite da pneumococco	Nessuno
Morbillo	Fino a 5 giorni dalla comparsa dell'esantema
Ossiuriasi	Per almeno 24 ore e riammissione in collettività dal giorno successivo l'effettuazione della terapia
Parotite epidemica	Fino a 9 giorni dalla comparsa della tumefazione parotidea
Pediculosi	Fino al giorno successivo al trattamento
Pertosse	Fino a 5 giorni dall'inizio dell'adeguato trattamento antibiotico. Fino a 3 settimane se non è stato eseguito
Rosolia	Fino a 7 giorni dalla comparsa dell'esantema
Rotavirus	Fino a guarigione clinica (scomparsa del vomito e feci formate)
Salmonellosi minori	Fino a guarigione clinica (feci formate) non è richiesta l'effettuazione di coprocoltura
Scabbia	Fino al giorno successivo al completamento del trattamento
Scarlattina e altre infezioni da streptococco beta emolitico di gruppo A	Fino a 24 ore dopo l'inizio della terapia antibiotica
Shigellosi	Allontanamento fino al completamento della terapia antibiotica (almeno 5 giorni), alla scomparsa della diarrea (feci formate) e a dopo che 2 esami coproculturali, effettuati a 24 ore di distanza l'uno dall'altro ed almeno dopo 48 ore dall'assunzione dell'ultima dose dell'antimicrobico, siano risultati negativi
Sindrome mano-bocca-piede (coxackievirus A 16; enterovirus 71 ed altri)	Fino a guarigione clinica
Tigna (dermatomicosi-dermatofitosi)	Nessuno
Tubercolosi bacillifera	Fino a 3 settimane dall'inizio di trattamento efficace (esclusi casi multifarmacoresistenti)
Tubercolosi non bacillifera	Nessuno
Varicella	Fino a 5 giorni dall'inizio dell'eruzione o fino all'essiccamento delle vescicole

In generale non è necessario l'allontanamento dei bambini e del personale **portatore cronico od occasionale di germi patogeni**.

Infezioni	Periodo contumaciale
Epatite B portatore cronico (HbsAg positivo)	Nessuno
Epatite C portatore cronico (HCV positivo)	Nessuno
Guardia lamblia	Nessuno
Infezione da HIV	Nessuno
Streptococco beta emolitico di gruppo A	Nessuno
Salmonella minore	Nessuno

Importante: misure particolari di allontanamento e riammissione potranno essere previste in caso di epidemia nella comunità o nella scuola.

Periodi contumaciali dei contatti

Qualora si verificassero nel nido casi di specifiche malattie, come misura di protezione dei bambini non vaccinati, il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica potrà prevedere il loro temporaneo allontanamento.

MORBILLO	14 giorni dopo la comparsa dell'esantema nell'ultimo caso
PERTOSSE	14 giorni dopo il contatto oppure dopo 5 dei 10 giorni del ciclo di terapia antibiotica

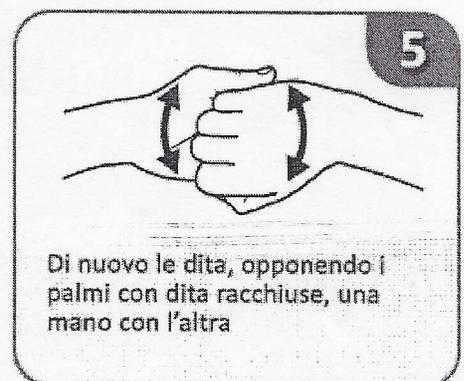
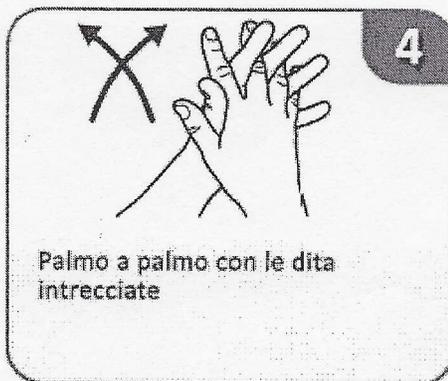
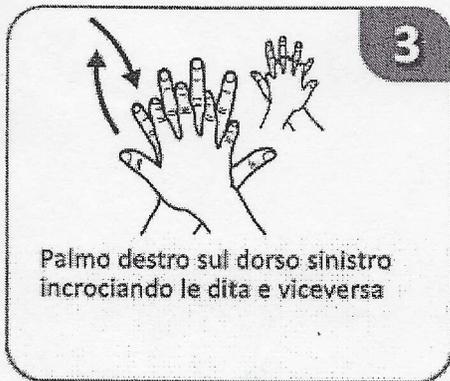
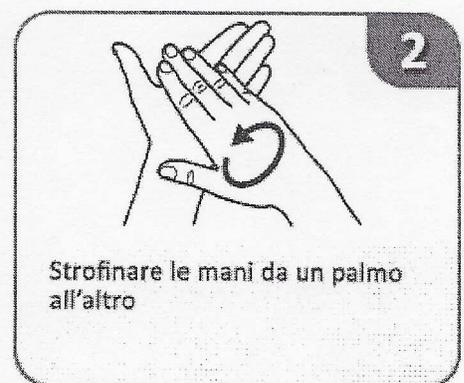
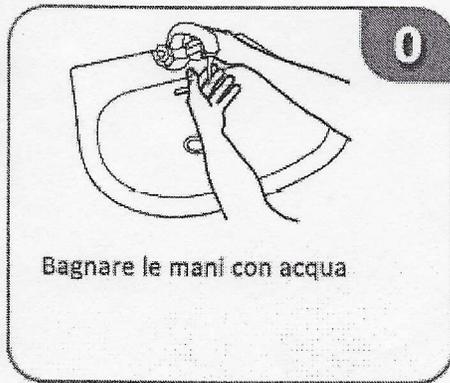
Raccomandazioni e commenti sulla durata dell'allontanamento in caso di malattie cutanee ed esantemi più comuni (HPA 2006)

Esantemi e malattie cutanee	RACCOMANDAZIONI	Commenti
Quinta malattia	Nessuna restrizione	Attenzione per le donne in età fertile o in gravidanza e per bambini immunodepressi
Mani, bocca, piedi	Nessuna restrizione	Spesso di grado lieve, si trasmette prima dell'insorgenza dei sintomi
Sesta malattia	Nessuna restrizione	Spesso di grado lieve, si trasmette prima dell'insorgenza dei sintomi
Mononucleosi infettiva	Nessuna restrizione	Il 50% si verifica sotto i 5 anni di età
Impetigine	Finchè le lesioni non siano in fase crostosa o cicatriziale	Il trattamento antibiotico riduce la durata della malattia
Mollusco contagioso	Nessuna restrizione	Evitare di grattare o spremere la lesione
Verruche	Nessuna restrizione	Le lesioni devono essere coperte in piscina o in palestra
Herpes simplex	Nessuna restrizione	Evitare di baciare o toccare direttamente le lesioni; in caso di gengivostomatite e mancato controllo delle secrezioni salivari, il bambino deve essere allontanato

Come lavarsi le mani?

Lavare le mani quando sono sporche, oppure utilizzare le salviettine monouso

Durata della procedura: 40-60 secondi



SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA AI BAMBINI DELLA SCUOLA MATERNA E DEL NIDO INTEGRATO

Alleghiamo al presente regolamento sanitario inviato dall'Azienda U.L.S.S. n. 9 – servizio di pediatria di comunità – e adottato con delibera del Consiglio di Amministrazione di Questo Ente "Asilo Infantile Vittoria", le norme e le procedure che regolano la **somministrazione di farmaci salvavita** ai bambini della Scuola Materna e del Nido Integrato, qualora vi fosse la richiesta da parte dei genitori.

PROCEDURA DI RICHIESTA E SOMMINISTRAZIONE

1. I genitori segnalano all'Ente la necessità di somministrazione al proprio figlio/a di farmaci salvavita compilando la richiesta al Modulo n. 1 per i bambini frequentanti il Nido Integrato o al Modulo n. 4 per i bambini frequentanti la Scuola Materna.
2. Alla richiesta di somministrazione, i genitori, sono tenuti ad allegare il certificato del medico curante con indicato il farmaco da somministrare, le dosi e le modalità di somministrazione.
3. La Direzione dell'Ente, dopo aver valutato attentamente il caso, rilascia alle Insegnanti ed Educatrici l'autorizzazione alla somministrazione del farmaco compilando il Modulo n. 2 per le Educatrici del Nido o il modulo n. 5 per le Insegnanti della Scuola Materna.
4. Per la richiesta di proseguimento di cura medica in atto, prescritta dal proprio medico curante dovranno essere compilati rispettivamente il Modulo n. 3 per i bambini frequentanti il Nido Integrato e il Modulo n. 6 per i bambini frequentanti la Scuola Materna.
5. Tutti i documenti vengono rilasciati in copia ai genitori.

Resta inteso che ogni variazione dovrà essere tempestivamente comunicata dalla famiglia alla Direzione dell'ente e all'Insegnante/Educatrice del proprio figlio/a.

Nelle pagine seguenti viene riportata in copia la modulistica per la somministrazione dei farmaci salvavita.

Data, _____

Spett. Direzione
ASILO INFANTILE "VITTORIA"
Gestione Nido Integrato "Prato fiorito"
Via R. Selvatico, 8
31056 RONCADE

I sottoscritti Sig. _____, e Sig.ra _____
genitori del minore _____, frequentante codesto Nido Integrato
"Prato Fiorito"

CHIEDONO

l'autorizzazione di questa rispettabile Direzione al fine di permettere alle Educatrici di codesto Nido Integrato di effettuare la somministrazione di farmaci al proprio figlio, IN CASO DI EFFETTIVA NECESSITÀ, come specificato dall'allegato certificato medico del dott. _____, medico curante del minore, sollevando le insegnanti e la scuola da ogni responsabilità.

I genitori

ASILO INFANTILE "VITTORIA"
Gestione SCUOLA MATERNA e NIDO INTEGRATO

Via Riccardo Selvatico, 8 - 31056 RONCADE (TV)
Tel. 0422 707282 - Fax 0422 841770

La Direzione dell'Asilo Infantile "VITTORIA", gestione NIDO INTEGRATO "Prato Fiorito", vista la richiesta del/della Sig./Sig.ra _____, genitori del minore _____, AUTORIZZA le educatrici del Nido Integrato alla somministrazione del farmaco _____, prescritto dal Dott. _____ nella dose prevista di _____ in caso di necessità.

Si allega certificato del medico curante:

1. riguardante la posologia e la metodologia di somministrazione del farmaco sopradescritto
2. riguardante la posologia e la metodologia di somministrazione di _____ in caso di necessità.

In caso di necessità verrà praticata la somministrazione come prescritto e saranno tempestivamente chiamati il numero di emergenza 118 ed i genitori attraverso i seguenti numeri telefonici:

Sig. _____ (padre) - _____

Sig.ra _____ (madre) - _____

Le educatrici si offrono, in caso di assenza dei genitori, di accompagnare il bambino in ospedale con i mezzi del 118.

Le educatrici e la scuola sono sollevate da ogni responsabilità.

Per presa visione.

Le Educatrici del Nido integrato.

I genitori

Asilo Infantile "Vittoria"

Il Presidente

ASILO INFANTILE "VITTORIA"
Gestione SCUOLA MATERNA
Via Riccardo Selvatico, 8 - 31056 RONCADE (TV)
Tel. 0422 707282 - Fax 0422 841770

Il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____, genitore del minore _____, richiede alle Educatrici di questo Nido Integrato di effettuare la somministrazione di farmaci al proprio figlio, per proseguimento di cura medica prescritta dal proprio medico curante, come sotto specificato.

La Direzione dell'Asilo Infantile "VITTORIA", gestione Nido Integrato, vista la richiesta,

AUTORIZZA

le Educatrici del Nido Integrato alla somministrazione del farmaco _____, prescritto dal Dott. _____ nella dose prevista di _____ nei seguenti orari _____ per proseguimento della cura medica.

LE EDUCATRICI E LA SCUOLA SONO SOLLEVATE DA OGNI RESPONSABILITÀ.

RONCADE, _____

Il genitore

Per presa visione.

Le Educatrici del Nido Integrato.

Asilo Infantile "Vittoria"

Il Presidente

Modulo n.3

Data, _____

Spett. Direzione
ASILO INFANTILE "VITTORIA"
Gestione Scuola Materna "Vittoria"
Via R. Selvatico, 8
31056 RONCADE

I sottoscritti Sig. _____, e Sig.ra _____
genitori del minore _____, frequentante codesto Scuola Materna
"Vittoria"

CHIEDONO

l'autorizzazione di questa rispettabile Direzione al fine di permettere alle insegnanti di codesta Scuola Materna di effettuare la somministrazione di farmaci al proprio figlio, IN CASO DI EFFETTIVA NECESSITÀ, come specificato dall'allegato certificato medico del dott. _____, medico curante del minore, sollevando le insegnanti e la scuola da ogni responsabilità.

I genitori

ASILO INFANTILE "VITTORIA"
Gestione SCUOLA MATERNA e NIDO INTEGRATO

Via Riccardo Selvatico, 8 - 31056 RONCADE (TV)
Tel. 0422 707282 - Fax 0422 841770

La Direzione dell'Asilo Infantile "VITTORIA", gestione SCUOLA MATERNA "Vittoria", vista la richiesta del/della Sig./Sig.ra _____, genitori del minore _____, AUTORIZZA le Insegnanti della Scuola Materna alla somministrazione del farmaco _____, prescritto dal Dott. _____ nella dose prevista di _____ in caso di necessità.

Si allega certificato del medico curante:

1. riguardante la posologia e la metodologia di somministrazione del farmaco sopradescritto
2. riguardante la posologia e la metodologia di somministrazione di _____ in caso di necessità.

In caso di necessità verrà praticata la somministrazione come prescritto e saranno tempestivamente chiamati il numero di emergenza 118 ed i genitori attraverso i seguenti numeri telefonici:

Sig. _____ (padre) - _____

Sig.ra _____ (madre) - _____

Le Insegnanti si offrono, in caso di assenza dei genitori, di accompagnare il bambino in ospedale con i mezzi del 118.

Le Insegnanti e la scuola sono sollevate da ogni responsabilità.

Per presa visione.

Le Insegnanti della scuola Materna.

I genitori

Asilo Infantile "Vittoria"

Il Presidente

ASILO INFANTILE "VITTORIA"
Gestione SCUOLA MATERNA
Via Riccardo Selvatico, 8 - 31056 RONCADE (TV)
Tel. 0422 707282 - Fax 0422 841770

Il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____, genitore del minore _____, richiede alle Insegnanti di questa Scuola Materna di effettuare la somministrazione di farmaci al proprio figlio, per proseguimento di cura medica prescritta dal proprio medico curante, come sotto specificato.

La Direzione dell'Asilo Infantile "VITTORIA", gestione Scuola Materna, vista la richiesta,

AUTORIZZA

le Insegnanti della Scuola Materna alla somministrazione del farmaco _____, prescritto dal Dott. _____ nella dose prevista di _____ nei seguenti orari _____ per proseguimento della cura medica.

LE INSEGNANTI E LA SCUOLA SONO SOLLEVATE DA OGNI RESPONSABILITÀ.

RONCADE, _____

Il genitore

Per presa visione.

Le Insegnanti della Scuola Materna.

Asilo Infantile "Vittoria"

Il Presidente

Modulo n.6

PROCEDURA DI SEGNALAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI AI BAMBINI DELLA SCUOLA MATERNA E DEL NIDO INTEGRATO

Alleghiamo al presente regolamento sanitario inviato dall'Azienda U.L.S.S. n. 9 – servizio di pediatria di comunità – e adottato con delibera del Consiglio di Amministrazione di Questo Ente "Asilo Infantile Vittoria", le norme e le procedure che regolano la **segnalazione di allergie e/o intolleranze alimentari** dei bambini della Scuola Materna e del Nido Integrato, qualora vi fosse la richiesta da parte dei genitori.

Le allergie alimentari vengono prese in considerazione dalla Direzione dell'Ente solo su presentazione di certificato medico nel quale devono essere specificati gli alimenti ai quali il bambino/a è allergico o intollerante. Sarà cura della Direzione dell'Ente informare il servizio di cucina per le esigenze di ogni singolo caso. Il certificato può essere consegnato anche direttamente all'Insegnante o Educatrice del proprio/a figlio/a.

Resta inteso che ogni variazione dovrà essere tempestivamente comunicata dalla famiglia alla Direzione dell'ente e all'Insegnante/Educatrice del proprio figlio/a.

PROCEDURA DI RICHIESTA DI MENU' PARTICOLARE PER ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI

1. I genitori segnalano all'Ente la necessità di somministrazione al proprio figlio/a di menù personalizzato compilando la richiesta al Modulo n. 1 per i bambini frequentanti il Nido Integrato o al Modulo n. 3 per i bambini frequentanti la Scuola Materna.
2. Alla richiesta di somministrazione, i genitori, sono tenuti ad allegare il certificato del medico curante nel quale devono essere specificati gli alimenti ai quali il bambino/a è allergico o intollerante.
3. La Direzione dell'Ente, dopo aver valutato attentamente il caso, rilascia alle Insegnanti ed Educatrici l'autorizzazione alla somministrazione del menù personalizzato compilando il Modulo n. 2 per le Educatrici del Nido o il modulo n. 4 per le Insegnanti della Scuola Materna.
4. Tutti i documenti vengono rilasciati in copia ai genitori.

Resta inteso che ogni variazione dovrà essere tempestivamente comunicata dalla famiglia alla Direzione dell'ente e all'Insegnante/Educatrice del proprio figlio/a.

Nelle pagine seguenti viene riportata in copia la modulistica per la somministrazione di menù personalizzato per intolleranze e/o allergie alimentari.

Data, _____

Spett. Direzione
ASILO INFANTILE "VITTORIA"
Gestione Nido Integrato "Prato fiorito"
Via R. Selvatico, 8
31056 RONCADE

I sottoscritti Sig. _____, e Sig.ra _____
genitori del minore _____, frequentante codesto Nido integrato
"Prato fiorito"

CHIEDONO

l'autorizzazione di questa rispettabile Direzione al fine di permettere alle Educatrici di codesto Nido Integrato di effettuare la somministrazione di menù personalizzato al proprio figlio, PER INTOLLERANZE E/O ALLERGIE ALIMENTARI, come specificato dall'allegato certificato medico del dott. _____, medico curante del minore, sollevando le educatrici e la scuola da ogni responsabilità.

I genitori

ASILO INFANTILE "VITTORIA"
Gestione SCUOLA MATERNA e NIDO INTEGRATO

Via Riccardo Selvatico, 8 - 31056 RONCADE (TV)
Tel. 0422 707282 - Fax 0422 841770

La Direzione dell'Asilo Infantile "VITTORIA", gestione NIDO INTEGRATO "Prato fiorito", vista la richiesta del/della Sig./Sig.ra _____, genitori del minore _____, AUTORIZZA le Educatrici del Nido Integrato alla somministrazione del menù personalizzato PER INTOLLERANZE E/O ALLERGIE ALIMENTARI.

Si allega certificato del medico curante nel quale è/sono specificati gli alimenti ai quali il bambino/a è allergico o intollerante.

Le educatrici e la scuola sono sollevate da ogni responsabilità.

Per presa visione.

Le Educatrici del Nido Integrato.

I genitori

Asilo Infantile "Vittoria"

Il Presidente

Data, _____

Spett. Direzione
ASILO INFANTILE "VITTORIA"
Gestione Scuola Materna "Vittoria"
Via R. Selvatico, 8
31056 RONCADE

I sottoscritti Sig. _____, e Sig.ra _____
genitori del minore _____, frequentante codesta Scuola Materna
"Vittoria"

CHIEDONO

l'autorizzazione di questa rispettabile Direzione al fine di permettere alle Insegnanti di codesta Scuola Materna di effettuare la somministrazione di menù personalizzato al proprio figlio, PER INTOLLERANZE E/O ALLERGIE ALIMENTARI, come specificato dall'allegato certificato medico del dott. _____, medico curante del minore, sollevando le insegnanti e la scuola da ogni responsabilità.

I genitori

ASILO INFANTILE "VITTORIA"
Gestione SCUOLA MATERNA e NIDO INTEGRATO

Via Riccardo Selvatico, 8 - 31056 RONCADE (TV)
Tel. 0422 707282 - Fax 0422 841770

La Direzione dell'Asilo Infantile "VITTORIA", gestione SCUOLA MATERNA "Vittoria", vista la richiesta del/della Sig./Sig.ra _____, genitori del minore _____, AUTORIZZA le Insegnanti della Scuola Materna alla somministrazione del menù personalizzato PER INTOLLERANZE E/O ALLERGIE ALIMENTARI.

Si allega certificato del medico curante nel quale è/sono specificati gli alimenti ai quali il bambino/a è allergico o intollerante.

Le Insegnanti e la scuola sono sollevate da ogni responsabilità.

Per presa visione.

Le Insegnanti della Scuola Materna.

I genitori

Asilo Infantile "Vittoria"

Il Presidente

PROCEDURA DI RICHIESTA MENU' PERSONALIZZATO PER MOTIVI ETICI E/O RELIGIOSI PER AI BAMBINI DELLA SCUOLA MATERNA E DEL NIDO INTEGRATO

Alleghiamo al presente regolamento sanitario inviato dall'Azienda U.L.S.S. n. 9 – servizio di pediatria di comunità – e adottato con delibera del Consiglio di Amministrazione di Questo Ente "Asilo Infantile Vittoria", le norme e le procedure che regolano la **richiesta di menù personalizzato per motivi etici e/o religiosi** per bambini della Scuola Materna e del Nido Integrato, qualora vi fosse la richiesta da parte dei genitori.

Le diete speciali per motivi etici e/o religiosi sono garantite a seguito di comunicazione, scritta alla Direzione dell'Ente che gestisce la Scuola Materna e il Nido Integrato.

PROCEDURA DI RICHIESTA DI MENU' PARTICOLARE PER MOTIVI ETICI E/O RELIGIOSI

1. I genitori segnalano all'Ente la necessità di somministrazione al proprio figlio/a di menù personalizzato compilando la richiesta al Modulo n. 5 per i bambini frequentanti il Nido Integrato o al Modulo n. 7 per i bambini frequentanti la Scuola Materna.
2. Alla richiesta di somministrazione, i genitori, sono tenuti ad allegare il certificato del medico curante nel quale devono essere specificati gli alimenti ai quali il bambino/a è allergico o intollerante.
3. La Direzione dell'Ente, dopo aver valutato attentamente il caso, rilascia alle Insegnanti ed Educatrici l'autorizzazione alla somministrazione del menù personalizzato compilando il Modulo n. 6 per le Educatrici del Nido o il modulo n. 8 per le Insegnanti della Scuola Materna.
4. Tutti i documenti vengono rilasciati in copia ai genitori.

Resta inteso che ogni variazione dovrà essere tempestivamente comunicata dalla famiglia alla Direzione dell'ente e all'Insegnante/Educatrice del proprio figlio/a.

Nelle pagine seguenti viene riportata in copia la modulistica per la somministrazione di menù personalizzato per motivi etici e/o religiosi.

Data, _____

Spett. Direzione
ASILO INFANTILE "VITTORIA"
Gestione Nido Integrato "Prato fiorito"
Via R. Selvatico, 8
31056 RONCADE

I sottoscritti Sig. _____, e Sig.ra _____
genitori del minore _____, frequentante codesto Nido Integrato
"Prato fiorito"

CHIEDONO

l'autorizzazione di questa rispettabile Direzione al fine di permettere alle Educatrici di codesto Nido Integrato di effettuare la somministrazione di menù personalizzato al proprio figlio

PER MOTIVI ETICI (specificare il tipo di menù) _____

PER MOTIVI RELIGIOSI (allegare lista degli alimenti da NON somministrare)

I genitori

ASILO INFANTILE "VITTORIA"
Gestione SCUOLA MATERNA e NIDO INTEGRATO

Via Riccardo Selvatico, 8 - 31056 RONCADE (TV)
Tel. 0422 707282 - Fax 0422 841770

La Direzione dell'Asilo Infantile "VITTORIA", gestione NIDO INTEGRATO "Prato fiorito", vista la richiesta del/della Sig./Sig.ra _____, genitori del minore _____, AUTORIZZA le Educatrici del Nido Integrato alla somministrazione di menù personalizzato

PER MOTIVI ETICI (specificare il tipo di menù) _____

PER MOTIVI RELIGIOSI

Le Educatrici e la scuola sono sollevate da ogni responsabilità.

Per presa visione.

Le Educatrici del Nido Integrato.

I genitori

Asilo Infantile "Vittoria"

Il Presidente

Data, _____

Spett. Direzione
ASILO INFANTILE "VITTORIA"
Gestione Scuola Materna "Vittoria"
Via R. Selvatico, 8
31056 RONCADE

I sottoscritti Sig. _____, e Sig.ra _____
genitori del minore _____, frequentante codesta Scuola Materna
"Vittoria"

CHIEDONO

l'autorizzazione di questa rispettabile Direzione al fine di permettere alle Insegnanti di codesta
Scuola Materna di effettuare la somministrazione di menù personalizzato al proprio figlio

- PER MOTIVI ETICI (specificare il tipo di menù) _____
- PER MOTIVI RELIGIOSI (allegare lista degli alimenti da NON somministrare)

I genitori

ASILO INFANTILE "VITTORIA"
Gestione SCUOLA MATERNA e NIDO INTEGRATO

Via Riccardo Selvatico, 8 - 31056 RONCADE (TV)
Tel. 0422 707282 - Fax 0422 841770

La Direzione dell'Asilo Infantile "VITTORIA", gestione SCUOLA MATERNA "Vittoria", vista la richiesta del/della Sig./Sig.ra _____, genitori del minore _____, AUTORIZZA le Insegnanti della Scuola Materna alla somministrazione di menù personalizzato

PER MOTIVI ETICI (specificare il tipo di menù) _____

PER MOTIVI RELIGIOSI

Le Insegnanti e la scuola sono sollevate da ogni responsabilità.

Per presa visione.

Le Insegnanti della Scuola Materna.

I genitori

Asilo Infantile "Vittoria"

Il Presidente
