

SERVIZI ASSISTENZA ALLE FAMIGLIE PER L'ANNO SCOLASTICO

Alla C.A. delle famiglie iscritte
ai servizi extrascolastici
Istituto Comprensivo
Torre Boldone - Bg

Oggetto: necessità di assistenza educativa personalizzata e utilizzo farmaco salvavita

Gentili Famiglie, cari genitori

al fine di offrire il servizio nelle migliori condizioni educative e maggiori condizioni di sicurezza possibili,

COMUNICHIAMO CHE:

1. al fine di favorire il benessere e la crescita educativa del minore con disabilità e/o in condizione di svantaggio all'interno dei gruppi accolti, i BAMBINI/E con disabilità certificata da appositi Enti ed Organismi come previsto da normativa in vigore o gravi difficoltà comportamentali e di adattamento dettate da grave disagio sociale o situazione di svantaggio socio-culturale, certificato da Servizi quali l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile e dell'adolescenza (UONPIA) oppure Medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata e che opera in una struttura pubblica o da medico specialista di IRCCS accreditato per attività di neuropsichiatria infantile oppure in caso di patologia psichica la certificazione può essere rilasciata dallo psicologo dell'infanzia e dell'adolescenza di struttura pubblica, **NON POSSONO ESSERE ACCETTATI AL SERVIZIO SE NON ACCOMPAGNATI/SUPPORTATI DA UN ASSISTENTE EDUCATORE GARANTITO DALLA FAMIGLIA (TAG NON PUO' ASSUMERSI QUESTO ONERE).**

Le famiglie INTERESSATE devono contattarci entro e non oltre GIOVEDI' 6 GIUGNO 2019;

2. abbiamo necessità di sapere se i vostri figli sono dotati di farmaco salvavita per il quale è necessaria la conservazione presso i locali della scuola e una corretta istruzione del personale educativo, per la somministrazione dello stesso.

Chiediamo pertanto di compilare e restituire il modulo sottostante (completo degli eventuali allegati) entro e non oltre il GIOVEDI' 6 GIUGNO 2019 PRESSO L'ATRIO DELLA SCUOLA SECONDARIA NELL'APPOSITA CASELLA DI RACCOLTA GIA' UTILIZZATA, barrando la casella corrispondente e nel caso in cui vostro figlio necessiti della conservazione e somministrazione del farmaco, di farci avere la documentazione necessaria a firma del pediatra di base.

Nel caso in cui non fosse restituito tale modulo nelle modalità e nei tempi richiesti, il bambino/a non sarà ammesso al servizio richiesto fino alla regolarizzazione della procedura sopra descritta.

Il Presidente di TAG
Marcello Ambrosioni

Alla C.A.
Presidente T.A.G.
Marcello Ambrosioni
e p.c.
Presidente della Coop. sociale S.E.R.e.NA
Marcella Messina
Ed educatrici dei servizi

Torre Boldone – Bg

Oggetto: autorizzazione somministrazione farmaci salvavita

I sottoscritti genitori [] Tutore Legale []

MADRE _____

PADRE _____

del bambino/a _____

iscritto/a alla classe ____ sez. ____ della Scuola Infanzia [] Primaria [] Secondaria []

iscritti al servizio di.....

Comunicano che

- HA IL FARMACO SALVAVITA NON HA IL FARMACO SALVAVITA
e Autorizzano

le educatrici del servizio frequentato da mio/a figlio/a a somministrargli/le il farmaco salvavita nel momento di emergenza.

In allegato la procedura scritta e firmata dal nostro pediatra con le modalità di conservazione e somministrazione.

Data e Luogo _____

Firma madre _____ Firma padre _____

Firma del tutore/dell'affidatario _____

N.B.
E' sempre richiesta la firma di entrambi i genitori