

MODULO DI ALLONTANAMENTO**Parte da consegnare al PLS/MMG**

Data:

Orario di uscita/allontanamento:.....

L'alunno/a..... sezione/classe..... scuola

- ☐ Infanzia
☐ Primaria
☐ Secondaria di I grado

Dell'IC Vitrioli Principe di Piemonte 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):

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Febbre > di 37.5° | ☐ Difficoltà respiratorie | ☐ Perdita del gusto e/o dell'olfatto |
| ☐ Mal di Gola | ☐ Tosse | ☐ Congestione nasale |
| ☐ Congiuntivite | ☐ Vomito | ☐ Diarrea |
| ☐ 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):

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Febbre > di 37.5° | ☐ Difficoltà respiratorie | ☐ Perdita del gusto e/o dell'olfatto |
| ☐ Mal di Gola | ☐ Tosse | ☐ Congestione nasale |
| ☐ Congiuntivite | ☐ Vomito | ☐ Diarrea |
| ☐ 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