ISTITUTO COMPRENSIVO 1° "D'ACQUISTO-LEONE"
VIA PASCOLI S.N.C. – 80038
POMIGLIANO D'ARCO Distretto n° 31 –
C. F. 93076670632 – C. M. NAIC8G1003
Telefono e fax 081/3177304 – e mail NAIC8G1003@ISTRUZIONE.IT
Sito Web:**www.ic1dacquistoleone.edu.it** - postacertificata: NAIC8G1003@pec.istruzione.it

Alla Fondazione Pomigliano Infanzia Onlus
pomiglianoinfanzia@gmail.com

Oggetto: Progetto continuità "sezione 5 anni Fondazione Pomigliano Infanzia Onlus" - Scuola Primaria Salvo d'Acquisto - Invito merenda condivisa

Si avvisa che il giorno 17 novembre 2026, in merito al progetto continuità, che rappresenta un momento di fondamentale importanza per accompagnare i bambini in modo graduale, sereno e consapevole verso il nuovo ciclo scolastico favorendo la conoscenza degli ambienti, dei docenti e dei futuri compagni, le sezioni dei 5 anni della Fondazione Pomigliano Onlus (plessi Duchessa d'Aosta e Andreina Caiazzo) parteciperanno a una merenda condivisa.

I bambini dei plessi Duchessa d'Aosta e Andreina Caiazzo saranno prelevati alle ore 10:00 circa da un pulmino messo a disposizione dal Comune di Pomigliano d'Arco.

Il rientro avverrà prelevando i bambini dal plesso della scuola primaria Salvo D'Acquisto alle ore 11:30.

Si ricorda di prendere visione della documentazione relativa alle allergie.

Vi aspettiamo numerosi!

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Tiziana Rubinacci
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
e per gli effetti dell'art 3 comma 2 D. Lgs 39/93

ISTITUTO COMPRENSIVO “D’ACQUISTO - LEONE”

Via Giovanni Pascoli – 80038 Pomigliano d’Arco (NA)

SCHEDA SALUTE, ALLERGIE ED INTOLLERANZE ALUNNI

Modulo di segnalazione per uscite didattiche e viaggi d'istruzione

AVVISO IMPORTANTE: Il presente modulo consente ai docenti accompagnatori di gestire in sicurezza la presenza dell'alunno durante l'uscita didattica. In caso di patologie complesse o somministrazione di farmaci salvavita, allegare il relativo Certificato Medico e Piano d'Azione.

1. Dati dell'Alunno e del Plesso

Alunno/a (Nome e Cognome): _____Classe: ___Sezione:____

Plesso:_____ Anno Scolastico: 2026/2027

Destinazione Uscita/Gita:_____ Data Uscita:_____

2. Condizioni Sanitarie, Allergie ed Intolleranze Alimentari

L'alunno/a presenta una o più delle seguenti condizioni? (Barrare le voci interessate)

- ☐ Nessuna allergia / intolleranza nota
- ☐ Celiachia (Dieta priva di glutine)
- ☐ Intolleranza al Lattosio
- ☐ Allergia alimentare specifica (es. frutta a guscio, uova, crostacei, legumi)
- ☐ Allergia a punture di insetti / imenotteri
- ☐ Allergia a farmaci
- ☐ Asma / Allergie respiratorie

Specificare nel dettaglio alimenti/sostanze allergizzanti e sintomi principali:

3. Somministrazione Farmaci durante l'Uscita

- ☐ NON necessita di farmaci durante l'uscita.
- ☐ Necessita di farmaco salvavita / al bisogno (es. Adrenalina autoiniettabile, Broncodilatatore, Antistaminico).
- ☐ L'alunno è in grado di auto-somministrarsi il farmaco in autonomia.

Nome del Farmaco:

Dosaggio e modalità di assunzione:

Modalità conservazione (es. borsa termica):

4. Recapiti Telefonici di Emergenza (Reperibilità Continua)

Genitore 1 / Tutore: Tel:

Genitore 2 / Tutore: Tel:

Altro referente di emergenza: _____ Tel: _____

I sottoscritti genitori/tutori legali autorizzano il personale docente dell'I.C. "D'Acquisto - Leone" alla gestione delle informazioni sanitarie sopra riportate al fine esclusivo di garantire la tutela della salute dell'alunno/a durante l'uscita didattica (Reg. UE 2016/679).

Pomigliano d'Arco, li:

Firma dei Genitori / Tutori Legali

(Firma Genitore 1)

(Firma Genitore 2)