

**MODULO DI ALLONTANAMENTO (ALL. 4)**

**Parte da consegnare al genitore o delegato**

Data: ..... Orario di uscita/allontanamento:.....

L'alunno/a.....sezione/classe.....scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria 1° Grado di ..... 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 .....