Istituto Comprensivo Statale *"Valle dell'Anapo"* - Ferla (Siracusa)

Via Pessina, snc. – 96010 Ferla (SR)

Circolare n. 85 **Ferla, 04/03/2019**

Alle Ins.ti della Scuola dell'Infanzia di Ferla

Ai Docenti della Scuola Primaria e Secondaria dei plessi di Cassaro e Buscemi

Ai genitori

Oggetto: Servizio di Medicina Scolastica: prevenzione pediculosi - screening visus, cavo orale, colonna vertebrale.

Si comunica che Venerdì 08/03/2019 i Medici del Servizio di Medicina Scolastica dell'Asp di Siracusa incontreranno le Insegnanti della Scuola dell'Infanzia di Ferla e i rappresentanti dei genitori per fornire un'informativa sulla prevenzione della pediculosi.

I controlli visus, cavo orale e colonna vertebrale saranno effettuati secondo il seguente calendario*:

DATA	COMUNE	CLASSI	SCREENING
11/03/2018	CASSARO	Tutte le classi di Scuola Primaria e Secondaria	**visus, cavo orale, colonna vertebrale**
12/03/2019	BUSCEMI	Pluriclassi Scuola Primaria	**visus, cavo orale, colonna vertebrale**
13/03/2019	BUSCEMI	Scuola Secondaria	**visus, cavo orale, colonna vertebrale**

*Tutti i genitori dovranno consegnare alle docenti responsabili di plesso il modulo di autorizzazione allegato alla presente, compilato e firmato.

Il Dirigente[1]
Prof.ssa Daniela Frittitta

[1] Documento prodotto e conservato in originale informatico e firmato digitalmente ai sensi dell'art. 20 del CAD.

DF\sa

MODULO INTEGRATIVO PER L'AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DELLO SCREENING DEL SERVIZIO DI MEDICINA SCOLASTICA ASP SR

I sottoscritti

(padre) _____

(madre) _____

genitori dell'alunno/a

_____

frequentante la classe _____ della Scuola primaria/Secondaria di I°di FERLA dell'Istituto Comprensivo "Valle dell'Anapo" di Ferla (SR)

PRESO ATTO

che durante l'attività didattica dell'Istituto è prevista l'attività di screening (Visus – Cavo Orale e Colonna Vertebrale)

☐ **AUTORIZZANO il/la proprio/a figlio/a a partecipare allo screening.**

Ferla, _____

Firma

_____

_____