



ISTITUTO MARYMOUNT

Via Nomentana, 355 – 00162 Roma
Tel. 06 8622571 Fax 06 86225743
E-mail: info@marymount.it



MODULO PER LE EMERGENZE

Alunno..... Classe.....

Recapiti telefonici:

- 1. Casa
- 2. Cellulare madre
- 3. Cellulare padre
- 4. Ufficio madre
- 5. Ufficio padre

Se non fosse possibile contattare uno dei numeri di cui sopra, vi preghiamo di indicare i nominativi delle persone reperibili in caso di emergenza:

- 1. Nome..... n° casa..... n° cellulare.....
- 2. Nome..... n° casa..... n° cellulare.....
- 3. Nome..... n° casa..... n° cellulare.....

Chi verrà a prendere il bambino normalmente ogni giorno?

.....

In caso di incidente per il quale sia necessario un intervento medico e non fosse possibile rintracciare nessuna delle persone sopra indicate, autorizzo l'Istituto Marymount ad accompagnare vostro figlio in ospedale?

SI

NO

Vostro figlio è allergico ai farmaci o a particolari componenti? Se sì quali?

.....

Il bambino è attualmente sottoposto a qualche tipo di cura?

Nome del farmaco.....

Dosaggio.....

NB: Si prega di comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dei dati.

Roma, _____

Firma del genitore
