

SCHEDA DATI IDENTIFICATIVI
ANNO SCOLASTICO

Nome _____
Cognome _____
Data di nascita _____
Classe _____



ALLERGIA A:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> LATTE VACCINO | <input type="checkbox"/> NOCCIOLA |
| <input type="checkbox"/> UOVO | <input type="checkbox"/> NOCE |
| <input type="checkbox"/> GRANO | <input type="checkbox"/> PESCE |
| <input type="checkbox"/> ARACHIDE | <input type="checkbox"/> SOIA |
| <input type="checkbox"/> ALTRI | |

ASMA: SI (alto rischio di sviluppare una reazione allergica grave)

NO

SINTOMI DI REAZIONE ALLERGICA

- BOCCA: prurito e gonfiore delle labbra e della lingua.
- GOLA: prurito, tosse stizzosa e abbaiente, voce roca.
- PELLE: pomfi, orticaria diffusa, gonfiore del volto e delle estremità.
- APPARATO DIGERENTE: nausea, dolore addominale a crampo, vomito e/o diarrea.
- APPARATO RESPIRATORIO: tosse stizzosa ed abbaiente, respiro sibilante, difficoltà respiratoria.
- APPARATO CIRCOLATORIO: tachicardia, ipotensione, collasso.

Data _____

*Firma dei genitori o affidatario
che esercita la responsabilità genitoriale*

PADRE.....

MADRE.....

TUTORE.....