

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO DI GRUPPO

Nome e Cognome dell'alunno.....
nato il ___/___/___ aC.F.
Frequentante la scuolaclasse A.S. ___/___

SEDE DELL'INTERVENTO FORMATIVO:

_____ VIA _____

OGGETTO DELL'INTERVENTO FORMATIVO:

- ALLERGIE ALIMENTARI/ANAFILASSI
- ASMA BRONCHIALE
- CONVULSIONI FEBBRILI/EPILESSIA

FASI DELL'INTERVENTO FORMATIVO:

Fase preliminare

Refresh sulle conoscenze teoriche in merito alla patologia oggetto della formazione: meccanismi generali eziopatogenetici; prevenzione evento acuto; riconoscimento di segni e sintomi e gestione dell'evento acuto; gestione emergenza ed attivazione del servizio 112.

Fasi dell'addestramento pratico:

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO
2. ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO E AI GENITORI
3. ESECUZIONE TECNICA AUTONOMA DEL TUTOR SCOLASTICO IN SUPERVISIONE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO E DEI GENITORI
4. CHIUSURA PERCORSO

Si dichiara concluso il percorso di informazione/formazione/addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico di seguito elencato.

Nomi e Firme del personale sanitario formatore

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

NOTE

Allegato 5

SCHEMA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADESTRAMENTO DI GRUPPO

Nome e Cognome dell'alunno.....

nato il ___/___/___ aC.F.

Frequentante la scuolaclasse A.S. ___/___

Al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, i sottoscritti si dichiarano disponibili ed in grado di eseguire autonomamente l'intervento oggetto di formazione, come tutor del minore.

Nomi e Cognomi dei Tutor scolastici

Profili Professionali

Firme

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

I GENITORI

concordano e sottoscrivono la chiusura del percorso di formazione preliminare/addestramento, e confermano la delega al personale scolastico/tutor di cui sopra per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico.

Firma genitore.....

Firma genitore.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE DIDATTICO/RESPONSABILE PEDAGOGICO/SUO DELEGATO

Data ___/___/___