

**REGOLAMENTO MEDICO - PEDIATRICO**  
**MICRONIDO "PIANETA COCCOLE"**  
**FIESSO D'ARTICO - VE-**

In ottemperanza alle vigenti disposizioni in merito alle ammissioni e alle frequenze dei minori presso il micronido e per garantire la massima funzionalità del servizio, dovranno essere scrupolosamente rispettati gli adempimenti di seguito riportati.

### **1. AMMISSIONE AL NIDO**

Perché i bambini possano essere ammessi al micronido i genitori dovranno:

- presentare copia del libretto di vaccinazione del bambino o l'autocertificazione relativa alle vaccinazioni effettuate al proprio figlio con le relative date di esecuzione (vedi modello 1 allegato);
- presentare un certificato del pediatra o un'autocertificazione relativa allo stato di salute del proprio figlio e l'eventuale necessità di cure e/o diete particolari (vedi modello 2 allegato);
- impegnarsi a segnalare eventuali malattie del bambino potenzialmente trasmissibili;
- fornire un recapito telefonico che consenta al personale del nido, in qualsiasi momento di rintracciarli tempestivamente.

### **2. DIETA**

La dieta per fasce d'età è validata dal servizio igiene degli alimenti e nutrizione dell'A.S.L. . Lo svezzamento verrà fatto tenendo conto delle indicazioni del pediatra curante.

Se il bambino presenta allergie o intolleranze alimentari che necessitano di dieta differenziata dovrà essere presentata al nido una relazione del pediatra curante con le specifiche indicazioni. Non è consentito alle famiglie di portare dolci o alimenti di vario genere da casa e di distribuirli ai bambini. In caso di feste di compleanno dovrà essere avvisata la struttura almeno un giorno prima e alla famiglia sarà consentito di portare qualcosa che riporti in calce gli ingredienti del/degli alimenti.

### **3. FARMACI**

Il personale del nido non è autorizzato a somministrare alcun farmaco ai bambini ad eccezione dei salvavita, su prescrizione del pediatra curante, con indicata la posologia e la modalità di somministrazione. In casi eccezionali che verranno valutati singolarmente e per i quali la famiglia se ne assume tramite un'autocertificazione la completa responsabilità (vedi modello 4 allegato), possono essere accolte richieste di una continuazione di terapia sia essa omeopatica o meno.

#### **4. VIGILANZA IGIENICO SANITARIA**

I nidi sono sottoposti a vigilanza igienico sanitaria del servizio igiene e sanità pubblica dell'A.S.L. che si occupa di:

- istruire il personale sulla profilassi dell'insorgenza e della diffusione delle malattie infettive e parassitarie;
- dare disposizioni per l'igiene del personale e dei bambini (precauzioni universali);
- dare disposizioni per l'igiene ambientale (pulizia dei locali, degli arredi, dei giocattoli...);
- dare disposizioni per l'igiene nella distribuzione e conservazione di alimenti e bevande.

#### **5. ALLONTANAMENTI CAUTELATIVI**

Malattie lievi come banali infezioni respiratorie (raffreddore), non richiedono l'allontanamento dal nido.

**Deve lasciare il nido il bambino che presenta:**

- febbre superiore o uguale a 38° C;
- diarrea o scariche liquide che contengono sangue o muco;
- vomito;
- difficoltà respiratorie.

**La frequenza al nido è inoltre incompatibile con:**

- stomatite (infiammazione della mucosa del cavo orale);
- esantema associato a febbre;
- malattie della pelle;
- pediculosi fino al mattino dopo il primo trattamento autocertificato o attestato dal pediatra.

In caso di terapia antibiotica il bambino sarà ammesso alla frequenza dopo 24h dalla prima somministrazione del farmaco.

Quando risulta necessario che il bambino lasci il nido, il personale avverte tempestivamente la famiglia che dovrà venire a prendere il piccolo quanto prima, consultare il medico il quale verificherà se la patologia è compatibile o meno con la frequenza al nido. Il bambino sarà riammesso il giorno successivo con un'autocertificazione firmata dal genitore che attesti che ciò per cui il piccolo è stato allontanato non è contagioso per la collettività.

#### **6. RIAMMISSIONI**

Per la riammissione al nido è necessario il certificato medico di riammissione firmato dal pediatra se l'assenza è superiore o uguale ai 5 giorni consecutivi (sabato e domenica inclusi); per assenze inferiori è sufficiente un'autocertificazione firmata dal genitore (vedi modello 3 allegato).

I genitori che tengono a casa il piccolo per motivi di salute, sono invitati a comunicare tempestivamente alla struttura la causa affinché il personale possa attuare le opportune misure profilattiche.

## **7. INFORMAZIONE AI GENITORI**

E' compito del personale dare tempestiva comunicazione ai genitori della presenza di malattie infettive tra i bambini ospiti della struttura nel rispetto della legge sulla privacy.

MODELLO 1

**AUTOCERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE**  
**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
**(art.47, D.P.R. n.445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n.445, nel caso di dichiarazioni false o mendaci, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n.73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n.119, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Che al proprio figlio/a \_\_\_\_\_ sono state somministrate le seguenti vaccinazioni obbligatorie in data (o allega copia del libretto vaccinazioni):

-Antipoliomielitica \_\_\_\_\_

-Anti-difterica \_\_\_\_\_

-Anti-tetanica \_\_\_\_\_

-Anti-epatite B \_\_\_\_\_

-Anti-pertosse \_\_\_\_\_

-Antimorbillo / parotite / rosolia \_\_\_\_\_

-AntiHaemophilus Influenzae tipo b \_\_\_\_\_

-Anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017) \_\_\_\_\_

-Altro \_\_\_\_\_

- è esonerato da una o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata)
- ha omesso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata)

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MODELLO 2

DICHIARAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore/tutore del bambino/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

DICHIARA

1. Che il proprio bambino presenta:

- Allergie: ai farmaci **SI NO**  
Se SI a quali? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Agli alimenti **SI NO**  
Se SI a quali? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alle sostanze presenti nell'ambiente **SI NO**  
se SI a quali? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

- Patologie in atto \_\_\_\_\_

- Terapie in corso \_\_\_\_\_

2. Si impegna a segnalare alle educatrici eventuali malattie potenzialmente trasmissibili

3. Comunica di essere reperibile ai seguenti numeri di telefono:

\_\_\_\_\_

4. Autorizza al trattamento dei dati personali al fine delle attività correlate alla frequenza del proprio bambino al micronido,

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MODELLO 3

**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE ALLA RIAMMISSIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore/tutore del bambino/a \_\_\_\_\_

che è stato/a assente per malattia \_\_\_\_\_  
(indicare tipo affezione)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, sentito il pediatra,

**DICHIARA**

che il/la proprio/a figlio/a può riprendere a frequentare il micronido a far data

dal/dall' \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(luogo)

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

MODELLO 4



## **RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

GENITORE DI \_\_\_\_\_

CHIEDE CHE AL PROPRIO/A FIGLIO/A POSSA ESSERE SOMMINISTRATO IL SEGUENTE TRATTAMENTO:

\_\_\_\_\_

PER UNA DURATA DI GIORNI \_\_\_\_\_ A PARTIRE DALLA DATA ODIERNA.

CON LA PRESENTE SOLLEVA PIANETA COCCOLE DA QUALSIASI RESPONSABILITA' QUALORA SI PRESENTASSERO REAZIONI DI QUALSIASI GENERE E NATURA IN SEGUITO ALLA SOMMINISTRAZIONE SOPRAINDICATA.

FIESSO D'ARTICO,

FIRMA LEGGIBILE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_