



**ISTITUTO COMPRENSIVO "S. Croce" Sapri (Sa)**

84073 Sapri (SA) VIA Kennedy - C.F.84002700650 - C. M. SAIC878008 - C.U. UFYPHY

Tel. Fax 0973/603999 - e-mail: [saic878008@istruzione.it](mailto:saic878008@istruzione.it) - pec:saic878008@pec.istruzione.it

Web: [www.icsantacroce.edu.it](http://www.icsantacroce.edu.it)

**Ai signori genitori dei bambini  
dell'Istituto Comprensivo "Santa Croce" di Sapri-Torraca**

**Oggetto : "Occhio ai bambini!"**

**Progetto per la conoscenza e la prevenzione dei disturbi visivi.**

Il giorno 17 marzo p.v. dalle ore 9:00 alle ore 13:00, sarà presente un'Unità Mobile Oftalmica presso la sede dell'Istituto Comprensivo Statale "Santa Croce" di Sapri, per effettuare, a titolo gratuito, uno screening oculistico ai bambini dai 6 agli 11 anni nell'ambito della campagna di prevenzione della cecità.

I genitori che vogliono aderire dovranno compilare il modulo di dichiarazione autorizzativa della visita oculistica allegato alla presente e restituirlo alla scuola entro il 16 marzo p.v.

Inoltre i signori genitori troveranno allegato anche un questionario da compilare e consegnare al momento della visita.



**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**F.to Prof.ssa Paola Migaldi**

Firma autografa omessa ai sensi  
dell'art.3 del D.Lgs n. 39/1993

**“Occhio ai bambini!”**  
**Progetto per la conoscenza e la prevenzione dei disturbi visivi**

Cari Genitori,

da diversi anni la Sezione Italiana dell'Agazia Internazionale per la Prevenzione della Cecità - Onlus (Ente riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e, in Italia, dalla Legge n. 284/1997) attua in tutte le città italiane, in collaborazione con i propri Comitati territoriali e con le Sezioni dell'Unione Italiana dei Ciechi e Ipovedenti, iniziative per far conoscere le malattie degli occhi e per aiutare i cittadini a prevenirle rivolgendosi per tempo al proprio oculista di fiducia.

Da alcuni anni la nostra attenzione è rivolta particolarmente ai bambini di età compresa fra 3 e gli 11 anni e, oltre a diffondere informazioni utili mediante un opuscolo sui 5 sensi dal titolo “tutti i bambini si meritano 10 decimi!” che regaleremo ai piccoli, verrà effettuato gratuitamente un controllo oculistico, in collaborazione con la scuola di vostro/a figlio/a.

Pertanto, se siete d'accordo e aderite alla nostra iniziativa, Vi preghiamo di compilare e sottoscrivere il modulo per l'autorizzazione che dovrete consegnare alla scuola. Per noi è altrettanto importante che compilate anche il questionario anonimo, che vostro/a figlio/a dovrà consegnare all'oculista al momento di effettuare la visita, nel giorno stabilito.

Anche se riterrete di non aderire alla nostra iniziativa, Vi ringraziamo per la collaborazione.

Il Presidente  
Mario Barbuto



**DICHIARAZIONE AUTORIZZATIVA DELLA VISITA OCULISTICA**  
**(da consegnare alla scuola)**

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

padre/madre dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ e frequentante la Sezione \_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_; avuta piena conoscenza e consapevolezza dell'iniziativa di prevenzione dei disturbi visivi in bambini frequentanti la scuola dell'infanzia e/o primaria,

**DICHIARA:**

- di aderire liberamente all'iniziativa suddetta, in corso da parte della Sezione Italiana della Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità;

- di consentire che il proprio/a figlio/a venga sottoposto/a alla visita oculistica effettuata gratuitamente e senza tecniche invasive;

- di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, nei termini e con le limitazioni stabilite dall'art. 13, 14 del Regolamento europeo 679 del 2016 per la tutela della

privacy  acconsento

non acconsento

In caso di accettazione, la scuola richiede l'accompagnamento dei genitori.

Data, \_\_\_\_\_

In fede

## Questionario per la famiglia

(da compilare con crocette ove richiesto e che vostro figlio/a dovrà consegnare all'oculista al momento di effettuare la visita)

### 1. In famiglia chi porta gli occhiali?

- Padre
- Madre
- Fratello/sorella
- Nonni
- Nessuno
- Non risponde

### 2. Quali sono i difetti di vista dei familiari?

- Miopia
- Ipermetropia
- Astigmatismo
- Non risponde

### 3. Ci sono altri parenti o familiari che hanno malattie oculari?

- No
- Se sì, chi:
  - Genitori
  - Fratello/sorella
  - Nonni
  - Cugini/Zii
- Non risponde

### 4. Vostro figlio è nato:

- A termine:
- Prematuro - di 1 mese
- Prematuro + di 1 mese
- Prematuro + di 2 mesi
- Non risponde

5. Vostro figlio ha sofferto di patologie in passato?

- No
- Sì
- Quali.....
- Non risponde

6. Vostro figlio soffre di allergie?

- No
- Sì
- Quali.....
- Non risponde

7. Vostro figlio segue attualmente delle terapie?

- No
- Sì
- Quali.....
- Non risponde

8. Quali disturbi avverte Vostro figlio?

- Rossore agli occhi
- Lacrimazione
- Mal di testa
- Fastidio alla luce
- Altro.....
- Nessuno
- Non risponde

9. Vostro figlio porta gli occhiali?

- No
- Sì
- Da meno di 1 anno
- Da più di 1 anno
- Non risponde