Nome e cognome genitori

Spett.le
Scuola_____
_____
_____

Luogo e data

Oggetto: Richiesta autorizzazione test glicemici

Con la presente i sottoscritti_____, genitori della bambina/o _____, alunna di classe __C a.s. 20__/20__ presso la Vs. Scuola _____, affetta/o da diabete mellito di tipo 1 (quindi insulino dipendente), allo scopo di poter meglio monitorare ed assistere la bambina nelle misurazioni glicemiche e nelle somministrazioni di eventuali dosi di insulina (bolo)

chiediamo

di concedere il permesso alla bambina, durante le ore di lezione, di poter effettuare le misurazioni glicemiche ed eventualmente correggere le glicemie con l'assunzione di carboidrati oppure auto somministrazione di insulina. Gli eventuali interventi saranno svolti in totale autonomia dalla bambina senza interrompere o disturbare le attività scolastiche. Malgrado la bambina sia totalmente indipendente per quanto riguarda le auto somministrazioni, non è ancora in grado di poter calcolare esattamente la dose di insulina da somministrarsi.
Chiediamo pertanto il permesso per la bambina di poter portare in aula il telefonino per permettere di essere sempre in contatto con la famiglia in caso di necessità o consigli bolo.
Ringraziando anticipatamente, con l'occasione porgiamo
Distinti saluti

Nome padre

Nome madre

Per accettazione _____