



Istituto Comprensivo "Giovanni XXIII"

Via Ammiraglio Curzon, 34 – 89018 Villa San Giovanni (RC)

Tel. 0965751533 - Fax 0965700406 – C.F. **92081280809** – C.M. **RCIC855001**
rcic855001@pec.istruzione.it – www.icgiovannixxiii.edu.it – Codice Univoco Ufficio UFE9TC

CIRCOLARE N. 149

Villa San Giovanni, 12 maggio 2022

Ai genitori degli alunni delle classi quarte
Scuole Primarie

Al sito web dell'Istituto

OGGETTO: Giornata dedicata allo screening visivo gratuito – Classi 4[^] - Scuole primarie

Si comunica che il Lions Club International di Villa San Giovanni propone una giornata dedicata allo screening visivo gratuito agli alunni delle classi quarte del nostro Istituto.

I genitori degli alunni interessati dovranno compilare il modello di autorizzazione e il questionario allegato, da restituire al coordinatore di classe, **entro e non oltre sabato 14 maggio 2022**.

I genitori degli alunni aderenti saranno tempestivamente informati circa la data della dell'effettuazione dello screening.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Teresa Marino

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



Istituto Comprensivo "Giovanni XXIII"

Via Ammiraglio Curzon, 34 – 89018 Villa San Giovanni (RC)

Tel. 0965751533 - Fax 0965700406 – C.F. **92081280809** – C.M. **RCIC855001**

rcic855001@pec.istruzione.it – www.icgiovannixxiii.edu.it – Codice Univoco Ufficio UFE9TC

MODELLO AUTORIZZAZIONE SCREENING VISIVO

(da restituire al coordinatore di classe)

Il sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe 4[^] sez. _____ del plesso scolastico di _____,

in riferimento alla circolare n. 148 del 12/05/2022, autorizza l'associazione Lions Club International di Villa San Giovanni all'effettuazione di un esame di screening visivo per mio figlio/a.

Villa San Giovanni _____

Firma _____



Club Villa San Giovanni Fata Morgana

Presidente Club PAOLO PENSABENE

I. C. GIOVANNI XXIII - Villa S. Giovanni

Service Vista - Screening visivo dell'Infanzia Questionario

ALUNNO :

Cognome Nome..... Classe

- 1. Ti capita di vedere male e non riuscire a copiare dalla lavagna? SI NO**
- 2. Quando leggi ti capita di vedere sfocato? SI NO**
- 3. Hai spesso mal di testa, soprattutto quando esci da scuola o nel pomeriggio?
SI NO**
- 4. Hai bruciore agli occhi o fastidio alla luce? SI NO**
- 5. Ti è mai capitato di vedere doppio? SI NO**
- 6. Hai mai fatto una visita oculistica? SI NO**
- 7. Se si, quanto tempo fa?**
- 8. Qualcuno in famiglia porta gli occhiali? (Genitori, fratelli, sorelle) SI NO**
- 9. Se si, chi?**