



## Istituto Comprensivo Statale "Giuseppe Catalfamo"

Via dei Gelsomini n. 9 Contesse Cep Messina  
tel. 090622710 <http://www.catalfamo.edu.it> - [meic89700a@istruzione.it](mailto:meic89700a@istruzione.it)



Circolare n. 73

Messina, 16 aprile 2024

**Alle famiglie degli alunni  
della Scuola Primaria**

**Al personale dell'Istituto  
della Scuola Primaria**

**Al Direttore SGA**

**Al sito web**

*Oggetto: campagna di prevenzione "occhio ai bambini"*

Il nostro Istituto, in collaborazione con l'UIC sezione di Messina e l'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità partecipa alla campagna di prevenzione "Occhio ai Bambini".

L'iniziativa prevede la realizzazione di screening gratuiti per un totale di 100 bambini nelle mattinate del 23 e 24 aprile.

Prevalentemente saranno coinvolti i bambini delle seconde classi della scuola primaria dei nostri tre plessi.

Si prega cortesemente di procedere con la raccolta delle autorizzazioni dei genitori entro il giorno 19 aprile, per consentirci di pianificare al meglio le attività e garantire un'organizzazione ottimale.

*Il Dirigente Scolastico  
Angelo Cavallaro*



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

Cari Genitori,

da diversi anni la Sezione Italiana dell’Agenzia 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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mario Barbuto', written in a cursive style.

**DICHIARAZIONE AUTORIZZATIVA DEL CONTROLLO VISIVO  
(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 al controllo visivo effettuato gratuitamente e senza tecniche invasive, che non si sostituisce ad una visita oculistica completa;
- 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

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