

Piano Individuale di Intervento

Anno scolastico Data

Alunno nato a il

Frequentante la classe nella scuola nel plesso

Alla presenza di:

Genitori

Medico Personale scolastico

.....

Descrizione dei sintomi per i quali occorre al bisogno somministrare i farmaci secondo l'allegata autorizzazione medica:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Modalità di Intervento Personalizzato:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Eventuali Note:

.....
.....

Firma Genitori

Firma Medico Curante

Firma personale scolastico