

## 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