

Logo AUSL

Servizio Pediatria
di Comunità di.....

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Statale Superiore "M.Curie" di Savignano sul R/ne
Liceo scientifico/Tecnico Tecnologico/Professionale Moda

Piano di Assistenza Individualizzato

Si concorda che relativamente all'alunno
frequentante la classe..... dell'Istituto scolastico
plessoanno scolastico deve essere applicato il
seguente "piano di assistenza individualizzato"

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

/ NON È necessaria la tenuta del registro di somministrazione

Luogo e data

.....

Il pediatra di Comunità

(Timbro e Firma)

Il Dirigente scolastico

(Timbro e Firma)