MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTOCOMPRENSIVOVIADELL'AEROPORTO
Via dell'Aeroporto 115 -00175ROMA-Tel.0676901590
C.F.97712970587
email:rmic8ghoor@istruzione.it PEC:rmic8ghoor@pec.istruzione.it

Modello B

Ai docenti della classe_____

Al personale ATA plesso_____

e p.c. Ai Genitori di_____

Oggetto:Piano di assistenza alunno_____

L'alunno _____che frequenta la classe/sezione_____

è affetto da

Gli Insegnanti di classe ed il personale ausiliario sono stati preventivamente informati dai genitori e devono predisporre il **PIANO DI ASSISTENZA**, copia del quale deve essere successivamente inviata in Segreteria.

INFORMAZIONE

Nel **Fascicolo personale dell'alunno**,conservato in Segreteria, sono contenute:

1. la dichiarazione del medico curante (Modello 2);
2. la lettera liberatoria firmata dai genitori(Modello 1);
3. il piano di assistenza (Modello3).

ASSISTENZA

Qualora l'alunno presentasse i seguenti sintomi_____

L'insegnante di classe o chi indicato nel Piano di Assistenza, coadiuvato dai collaboratori scolastici,deve avviare, in ordine, la procedura seguente:

1. Somministrare
   _____
2. Telefonare subito al SUEMN.118 e richiedere un intervento urgente per
   "_____";
3. Telefonare ai genitori: cellulare madre _____
   cellulare padre _____
   telefono abitazione _____