

PLANUL INDIVIDUALIZAT DE ASISTENȚĂ

Familia _____
Copilul în vîrstă de sub 5 ani _____

Domiciliul _____

Tipul familiei _____

Numărul de copii _____

Obiective

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Acțiuni / Durată / Persoana responsabilă

Nr.	Acțiuni	Durată	Persoana responsabilă
1.			
2.			
3.			
4.			

Data întocmirii _____

Asistent social
Medic de familie
Asistentul medicului de familie

Beneficiar