

# Diario controllo pediculosi PRIMA SETTIMANA

Alunno/a \_\_\_\_\_

scuola \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

nome del genitore o tutore \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

DATA CONTROLLO SETTIMANALE	ESITO CONTROLLO:  <u>NO</u> : ASSENZA DI PIDOCCHI  <u>SI</u> : PRESENZA DI PIDOCCHI	SE ESITO: <u>NO</u>  FIRMA DEL GENITORE PER AUTOCERTIFICAZIONE DELL'AVVENUTO CONTROLLO *** <u>SE ESITO: SI</u> CONTINUARE  	NOME E FORMULA DEL PRODOTTO USATO  (ES. CREMA, MOUSSE, ECC.)	DATA 1° APPLICAZIONE	HA EFFETTUATO RIMOZIONE MANUALE DELLE LENDINI ?	DATA 2° APPLICAZIONE  (DOPO 7 GIORNI DALLA PRIMA)	HA EFFETTUATO CONTROLLO SUI FAMILIARI ?	FIRMA DEL GENITORE PER AUTOCERTIFICAZIONE DELL'AVVENUTO TRATTAMENTO

Il controllo va effettuato per 4 settimane e questo modulo va riportato a scuola ogni \_\_\_\_\_