

Diario controllo pediculosi **SECONDA 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 _____