**ALLEGATO D: Diario controllo pediculosi**

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

scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe\_\_\_\_\_\_\_\_sez\_\_\_\_\_\_

nome del genitore o tutore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA CONTROLLO SETTIMANALE** | **ESITO CONTROLLO:****NO: ASSENZA DI PIDOCCHI****SI: PRESENZA DI PIDOCCHI** | **SE ESITO: NO****FIRMA DEL GENITORE PER AUTOCERTIFICAZIONE DELL’AVVENUTO CONTROLLO** **\*\*\*****SE ESITO: SI****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