



Via Minniti, 2
70022 ALTAMURA
☎ 080.3147369
☎ 080.3101251

DIREZIONE DIDATTICA STATALE



www.roncalli.altamura.edu.it
e-mail: baee046007@istruzione.it
pec: baee046007@pec.istruzione.it

C.F. 82014380727
C.M. BAEE046007



3° CIRCOLO "RONCALLI"

A seguito della segnalazione da parte di alcuni genitori della presenza di pediculosi (pidocchi dei capelli) nella classe/sezione frequentata da Vs. figlio/a, vi invitiamo a **garantire l'accurato controllo dei capelli**, secondo le modalità descritte nel foglio informativo scaricabile dal Sito Web di Istituto (*miniguida flash sulla pediculosi*) e delle raccomandazioni **OPS** allegate, allo scopo di rintracciare tempestivamente la presenza di parassiti o di uova (lendini) ed iniziare la cura **solo in caso di positività** per limitarne la diffusione in ambiente scolastico.

La riammissione alla frequenza scolastica sarà consentita già **dopo il 1° trattamento** antiparassitario con autocertificazione o con certificato del medico curante in caso di recidiva.

Qualora non si riscontrassero lendini o pidocchi, si invita comunque a compilare e sottoscrivere il modello sottostante e a consegnarlo alle insegnanti di classe/sezione.

Per ogni altro dubbio o delucidazione consultare il medico curante.



Cordiali saluti,
Il Dirigente scolastico
(dott.ssa Marilena DARAIA)

Autocertificazione (Tagliare e consegnare alla scuola in busta chiusa)

Idoneità alla frequenza

Il/la sottoscritto/a _____ genitori dell'alunno/a

_____ Classe _____ Sez. _____ Plesso _____

Dichiara, sotto la propria responsabilità

- di aver sottoposto il figlio/a al trattamento contro la pediculosi in data _____ e di impegnarsi a ripeterlo a distanza di 7 giorni, di aver provveduto ad asportare tutte le lendini dai capelli.
- di non aver effettuato il trattamento specifico per la pediculosi al proprio figlio/a, in quanto, dopo aver controllato la testa, non sono stati riscontrati né lendini né pidocchi.

Data _____

Firma di autocertificazione _____