

Al Dirigente Scolastico

I.C. CALÒ Ginosa

IDONEITÀ ALLA FREQUENZA, SUBORDINATA ALLA ESECUZIONE DEL TRATTAMENTO INIZIALE DI PEDICULOSI

I sottoscritti genitori dell'alunno/a _____, iscritto e frequentante la classe _____ sezione _____ plesso _____, sotto la loro responsabilità, dichiarano:

1 di aver iniziato a seguire il 1° trattamento con prodotti specifici per la cura della pediculosi in data _____

2 di controllare ripetutamente la capigliatura con un pettine stretto fino alla **completa scomparsa** dei pidocchi.

Il rientro a scuola è subordinato a queste condizioni, di cui i sottoscritti genitori si fanno garanti nell'interesse del proprio figlio/a e della collettività.

Ginosa, _____

Firma _____