



Foligno, 04/11/2023

Ai Genitori degli alunni
Classe 4 B Monte Cervino

Oggetto: segnalazione pediculosi.

Si informa che nella classe frequentata da Vostro/a Figlio/a sono stati segnalati alcuni casi di pediculosi del capo.

Vi invitiamo pertanto a controllare il/la Vostro/a bambino/a e sottoporlo al trattamento, solo se affetto da tale problema.

Tenuto conto delle indicazioni definite dal Distretto n.3 Centro Salute Subasio Progetto Aziendale Pediatria di Comunità si allega una nota informativa che potrà essere utile.

Si ricorda che per la buona riuscita del trattamento è indispensabile effettuare tutte le seguenti azioni:

- 1) USARE UN PRODOTTO CHE UCCIDA I PIDOCCHI (E RIPETERE LA TERAPIA A DISTANZA DI 1 SETTIMANA);
- 2) RIMUOVERE TUTTE LE LENDINI (UOVA), CHE POTREBBERO NON ESSERE DISTRUTTE DURANTE IL TRATTAMENTO;
- 3) DISINFESTARE SPAZZOLE, PETTINI, LENZUOLA, FEDERE, ASCIUGAMANI E TUTTI GLI INDUMENTI VENUTI A CONTATTO CON IL CAPO DEL BAMBINO AFFETTO;
- 4) CONTROLLARE TUTTI I MEMBRI DELLA FAMIGLIA E TRATTARE CONTEMPORANEAMENTE QUELLI IN CUI SIANO PRESENTI I PIDOCCHI;

La non osservanza anche di uno solo di questi punti determina l'inefficacia del trattamento, che è alla base della diffusione del problema.

Per prevenire il ripetersi della pediculosi Vi invitiamo a controllare, settimanalmente il/la vostro/a bambino/a in occasione del lavaggio dei capelli e a ripetere la terapia nel caso in cui siano di nuovo presenti i pidocchi, comunicandolo tempestivamente a scuola.

Si precisa che, nel caso di trattamenti ripetuti, è necessario cambiare il tipo di prodotto usato.

Per chiarire eventuali dubbi o avere consigli terapeutici potete rivolgerVi al vostro Pediatra di fiducia.

Certi della massima attenzione, vi invitiamo a contattarci per ogni ulteriore chiarimento o a contattare il Distretto n.3 Centro Salute Subasio tel. 0742/ 321685.

Distinti saluti.

IL DIRIGENTSCOLASTICO
Prof.ssa Maria Grazia Di Marco

da riconsegnare alle docenti

Il/La sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____

Dichiara

di avere preso visione dell'avviso relativo a casi di pediculosi.

Foligno _____

FIRMA



AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____ in qualità di genitore di _____

Frequentante la classe _____ del plesso di _____ dichiara di aver effettuato al proprio figlio/a in data _____

il controllo pediculosi del capo si no barrare si o no

l'eventuale trattamento si no ad entrambe le voci

Nome del prodotto usato per il trattamento _____

DATA _____

In fede

FIRMA DEL GENITORE

N. B. I sigg. genitori sono pregati di riconsegnare la presente autocertificazione entro 2 giorni dalla segnalazione di casi di pediculosi.