



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VINCENZO MONTI

VIA DON BOLDORINI 2 - POLLENZA (MC) – 62010 – Tel/fax: 0733549800

Email: mcic817008@istruzione.it - mcic817008@pec.istruzione.it

Codice Fiscale: 80007300439 - Cod. Min.: MCIC817008



UNIONE EUROPEA

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

Ai genitori degli alunni della

Classe _____ Sez. _____

Scuola _____

A seguito della segnalazione di casi di pediculosi del capello (pidocchi) presso la classe frequentata da Vostro figlio/a, vi preghiamo di garantire un controllo accurato e periodico dei capelli, al fine di rintracciare in tempo l'eventuale presenza di parassiti o delle loro uova (lendini).

I prodotti che si trovano in farmacia non hanno un'azione preventiva, pertanto devono essere utilizzati solo nel caso di infestazioni in atto. In caso di dubbi, consultare il proprio medico curante o il Servizio Igiene e Sanità Pubblica del Vs. Distretto sanitario.

Ricordo che per evitare l'infestazione da pidocchi del capello (pediculosi), è necessario adottare alcuni semplici, ma efficaci, accorgimenti:

- Non scambiare o prestare oggetti personali (pettini, sciarpe, cappelli, berretti, nastri per capelli, spazzole);
- Non ammucchiare i capi del vestiario;
- Controllare i capelli almeno una volta la settimana; nel caso di dubbio consultare il medico curante;
- Nel caso di infestazione di un componente della famiglia, controllare con attenzione la testa di tutti i familiari: se viene ritrovata una lendine o un pidocchio, applicare con cura il trattamento (seguendo le indicazioni riportate nella scheda informativa allegata, predisposta dalla ASUR).

Confido nella Vs. collaborazione al fine di evitare l'ulteriore diffusione dell'infestazione.

Distinti saluti.

Pollenza _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

F.to Catia Scattolini



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VINCENZO MONTI

VIA DON BOLDORINI 2 - POLLENZA (MC) – 62010 – Tel/fax: 0733549800

Email: mcic817008@istruzione.it - mcic817008@pec.istruzione.it

Codice Fiscale: 80007300439 - Cod. Min.: MCIC817008



UNIONE EUROPEA

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

Ai genitori di

classe _____ Sez. _____

Scuola _____

Si informa che suo figlio/a potrebbe essere affetto da pediculosi del cuoio capelluto.

Si dispone pertanto in via precauzionale di sottoporlo/a a visita medica presso il medico curante per la conferma e la eventuale prescrizione del trattamento.

Poiché un corretto trattamento antipediculosi riduce molto il rischio di trasmissione, il bambino/a potrà essere riammesso/a in classe il giorno successivo la sua prima applicazione.

L'avvenuto trattamento, necessario per la riammissione scolastica, può essere dichiarato tramite autocertificazione scritta di uno dei genitori/tutori (vedi allegato) oppure certificato dal medico curante.

Nel caso in cui vostro figlio/a risultasse affetto da pediculosi, è necessario che anche gli altri componenti della famiglia siano controllati con attenzione e nel caso di ritrovamento di lendini o pidocchi sulla loro testa, siano sottoposti al trattamento.

Ad ogni buon fine si allega la scheda informativa predisposta dall'ASUR, contenente utili informazioni sulla pediculosi e sulle modalità di trattamento per l'eliminazione.

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono cordiali saluti.

Pollenza _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
F.to Catia Scattolini

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. MONTI - POLLENZA

Io sottoscritt _____ padre/madre/tutore (sottolineare la voce corrispondente)

Nome _____

Cognome _____ data di nascita _____

dell'alunn ____ : nome _____ cognome _____

Data di nascita _____ consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso

di dichiarazione non corrispondente al vero, dichiara che in data

l'alunn ____ è stato sottoposto al seguente trattamento per l'eliminazione dei pidocchi:

Data _____

Firma di autodichiarazione _____