



ISTITUTO COMPRENSIVO "D'ALESSANDRO - VOCINO
71015 SAN NICANDRO GARGANICO (FG)
Tel. 0882/473455 – Fax 0882/473722
C.M. FGIC87900R. C.F. 93071610716
e-mail : FGIC87900R@pec.istruzione.it FGIC87900R@istruzione.it
www.scuolapiazza4novembre.gov.it

ALLEGATO B Protocollo operativo interno pediculosi

Ai genitori dell'alunno/a _____

San Nicandro Garganico, li _____

Si informa la S.V. che nella classe/sezione _____ è stato riscontrato un caso di:

- sospetta pediculosi accertata pediculosi

A titolo preventivo ed al fine di scongiurare epidemie, si invita la famiglia a:

- A controllare il proprio figlio in autonomia, sebbene si consiglia di rivolgersi sempre al proprio pediatra e in caso di conferma di pediculosi, **contestualmente all'avvio del trattamento, far compilare obbligatoriamente dal medico la sezione del certificato di riammissione a scuola del tagliando sottostante.**
- Consegnare a scuola, il primo giorno di rientro, **il tagliando sottostante compilato.**
- Anche ove non vi sia un riscontro di pediculosi si deve compilare il tagliando, per la sola parte relativa al controllo del genitore o medico curante e riconsegnare a scuola.

IN OGNI CASO:

- Che si sia riscontrata o meno pediculosi bisogna controllare almeno per 15 giorni con il pettine antipediculosi il proprio figlio.
- Non creare allarmismi, né fomentare inutili delegazioni di genitori a scuola (limitarsi a comunicare i propri dubbi, con discrezione, alle insegnanti di classe)
- Ricordarsi che la frequenza scolastica è obbligatoria: le assenze dovute a timore di prendere la pediculosi non sono giustificate.
- Assolutamente non creare un clima di isolamento nei confronti di altri bambini che hanno o potrebbero avere la pediculosi.
- Non richiedere alla scuola i nomi degli alunni con sospetto o diagnosi di pediculosi, poiché trattasi di dati coperti da privacy.

✂ _____
 Io sottoscritto _____, genitore/**medico*** dell'alunno _____ frequentante la

classe/sez. _____ **DICHIARO** che a seguito di controllo dell'alunno

è stata riscontrata pediculosi (in tal caso è obbligatorio far compilare al medico curante la parte sottostante per la riammissione a scuola)

non è stata riscontrata pediculosi

Data _____ firma _____

FIRMA e TIMBRO del medico curante
(solo se consultato per la diagnosi)

***il controllo e l'autodichiarazione dell'esito possono essere effettuati dai genitori, ma è sempre consigliabile affidarsi al proprio pediatra o medico di fiducia**

✂ _____

CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE SCOLASTICA da compilare al cura del pediatra/medico di famiglia

Il/La bambino/a _____ nato/a _____ il _____ è stato sottoposto/a al trattamento per la pediculosi del capo in data _____ e pertanto può riprendere la frequenza scolastica in data _____

FIRMA e TIMBRO del medico curante
(obbligatorio per la riammissione in caso di riscontro positivo di pediculosi)
