


"Il diario del pidocchio"

Alunna/o _____ nata/o/a il _____ nazionalità _____

Indirizzo _____ città _____ telefono _____

Scuola _____ Via _____ classe _____ sez. _____

nome del genitore o tutore _____

DATA CONTROLLO SETTIMANA LE	ESITO CONTROLLO: <u>NO</u> =ASSENZA DI PIDOCCHI <u>SI</u> =PRESENZA DI PIDOCCHI	SE ESITO = <u>NO</u> FIRMA DEL GENITORE PER AUTOCERTIFICAZIONE DELL'AVVENUTO CONTROLLO ***  SE ESITO = <u>SI</u> CONTINUARE	NOME E FORMULA DEL PRODOTTO USATO (EX. SHAMPOO, CREME, MOUSSE, ECC)	DATA 1° APPLICAZIONE	HA EFFETTUATO RIMOZIONE MANUALE DELLE LENDINI ?	DATA 2° APPLICAZIONE (DOPO 7 GIORNI DALLA PRIMA)	FIRMA DEL GENITORE PER AUTOCERTIFICAZIONE DELL'AVVENUTO TRATTAMENTO