



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“D’ALESSANDRO - VOCINO”

Via Dei Sanniti, 12– 71015 SAN NICANDRO GARGANICO (FG)

TEL. 0882/473974

Cod.Mecc. FGIC87900R – C.F. 93071610716

e-mail: fgic87900r@istruzione.it / fgic87900r@pec.istruzione.it

<https://www.icdalessandro-vocino.edu.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 consigli 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)**

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