

**CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE SCOLASTICA**

Il/La bambina \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

è stato sottoposto/a al seguente trattamento per la pediculosi del capo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(indicare nome del prodotto usato e modalità di applicazione)

in data \_\_\_\_\_ e pertanto può riprendere la frequenza scolastica in data \_\_\_\_\_

Firma e Timbro del Medico Curante

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_