# DIARIO DEL PIDOCCHIO

Alunno_____nato/a _____
Nazionalità_____indirizzo_____
Città_____telefono_____
Scuola_____
Via_____classe_____sezione_____
Nome del genitore o tutore_____

| DATA CONTROLLO SETTIMANALE | ESITO CONTROLLO **NO:** ASSENZA DI PIDOCCHIO **SI:** PRESENZA DI PIDOCCHIO | **SE ESITO =NO** FIRMA GENITORE PER AUTOCERTIFICAZIONE DI AVVENUTO CONTROLLO **SE ESITO SI:** CONTINUARE → | NOME E FORMULA DEL PRODOTTO USATO (ES. SHAMPOO, CREMA, MOUSSE, ECC…) | DATA 1° APPLICAZIONE | HA EFFETTUATO RIMOZIONE MANUALE DELLE LEDINI? | DATA 2° APPLICAZIONE (DOPO 7 GIORNI DALLA PRIMA) | FIRMA DEL GENITORE PER AUTOCERTIFICAZIONE DELL'AVVENUTO TRATTAMENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |