

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 _____