

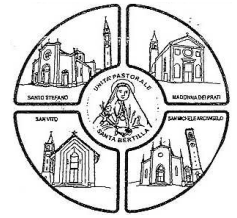


Unità Pastorale "S. Bertilla" Brendola - Parrocchia di San Michele Arcangelo
Sede legale: Via Papa Pio XII, 1/3 - 36040 Brendola (VI) - Tel/Fax 0444 400844 C.F. 95013730247 P. IVA 03511000246



POLO DELL'INFANZIA DI BRENDOLA SCUOLA DELL'INFANZIA E NIDO INTEGRATO

Via Martiri delle Foibe, 10 - 36040 Brendola (VI) – Tel 0444/409169
Sito: www.poloinfanzia.it - Email: segreteria@poloinfanzia.it



LIBERATORIA PER IL CONTROLLO DEL CAPO IN CASO DI PEDICULOSI

(la liberatoria vale per l'intero periodo di frequenza)

Io sottoscritto _____ genitore di _____

della sezione _____ (Infanzia Nido)

Sono a conoscenza che verrà effettuato il controllo del capo di mio figlio come profilassi per la pediculosi da parte delle insegnanti o di personale competente dell'Ulss 8.

Sono a conoscenza che qualora mio figlio abbia lendini o pidocchi verrà immediatamente contattato per ritirare il bambino che verrà allontanato e, che per il rientro, è necessario il certificato medico come indicato dal regolamento sanitario della scuola.

Data _____

Firma del genitore _____

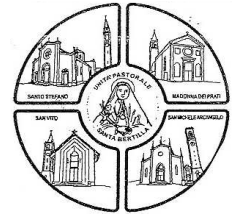


Unità Pastorale "S. Bertilla" Brendola - Parrocchia di San Michele Arcangelo
Sede legale: Via Papa Pio XII, 1/3 - 36040 Brendola (VI) - Tel/Fax 0444 400844 C.F. 95013730247 P. IVA 03511000246



POLO DELL'INFANZIA DI BRENDOLA SCUOLA DELL'INFANZIA E NIDO INTEGRATO

Via Martiri delle Foibe, 10 - 36040 Brendola (VI) – Tel 0444/409169
Sito: www.poloinfanzia.it - Email: segreteria@poloinfanzia.it



PRESA VISIONE REGOLAMENTO SANITARIO

(l'autorizzazione vale per l'intero periodo di frequenza)

Io sottoscritto _____ genitore di _____

della sezione _____ (Infanzia Nido)

PRENDE VISIONE DEL REGOLAMENTO SANITARIO

Data _____

Firma del genitore _____