

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΨΕΙΡΩΝ ΤΡΙΧΩΤΟΥ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ

Η συγκατάθεση θα ισχύει για όλη τη διάρκεια της σχολικής εκπαίδευσης του μαθητή στο σχολείο:

(insert school details)

Καθόλη τη διάρκεια της σχολικής εκπαίδευσης του παιδιού σας, το σχολείο θα κανονίζει να γίνονται έλεγχοι των μαθητών για ψείρες στο τριχωτό της κεφαλής.

Η αντιμετώπιση της μόλυνσης από ψείρες έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν όλα τα παιδιά συμμετέχουν στο πρόγραμμα ελέγχου του σχολείου μας.

Το σχολείο γνωρίζει ότι αυτό μπορεί να είναι ένα ευαίσθητο θέμα και έχει δεσμευθεί στη διατήρηση της εχεμύθειας του μαθητή και στην αποφυγή του στιγματισμού.

Οι έλεγχοι των μαθητών θα γίνονται από εκπαιδευμένο άτομο εγκεκριμένο απ' τον διευθυντή και το σχολικό συμβούλιο.

Πριν γίνει οποιοσδήποτε έλεγχος, το άτομο που διενεργεί τους ελέγχους θα εξηγήσει σ' όλους τους μαθητές τι θα κάνει και γιατί το κάνει και θα τονίσει στους μαθητές ότι η παρουσία ψειρών στο τριχωτό της κεφαλής τους δεν σημαίνει ότι τα μαλλιά τους δεν είναι καθαρά ή δεν είναι καλοχτενισμένα απ' ότι στους άλλους. Θα τονίσει επίσης ότι οι ψείρες μπορεί να προκαλέσουν φαγούρα και να είναι ενοχλητικές κι αν γνωρίζουν ότι τις έχουν, μπορούν να κάνουν γι' αυτό.

Το άτομο που διενεργεί τους ελέγχους θα ελέγξει τα μαλλιά κάθε μαθητή για να δει αν υπάρχουν ψείρες ή αβγά ψειρών.

Τα άτομα που είναι εγκεκριμένα απ' τον διευθυντή του σχολείου μπορεί επίσης να κοιτάξει οπτικά τα μαλλιά του παιδιού σας για να δει αν έχει ψείρες, όταν υπάρχουν υποψίες για παρουσία ψειρών. Δεν αγγίζει τα μαλλιά του παιδιού σας κατά τον οπτικό έλεγχο.

Σε περιπτώσεις που βρεθούν ψείρες, το άτομο που ελέγχει τον μαθητή θα ενημερώσει τον δάσκαλο του μαθητή και τον διευθυντή **(insert other(s) if required)**. Το σχολείο θα κάνει τις κατάλληλες επαφές με τους γονείς /κηδεμόνες / φροντιστές.

Σημείωση: Οι διατάξεις υγείας απαιτούν ότι όταν ένα παιδί έχει ψείρες στο τριχωτό της κεφαλής, αυτό το παιδί δεν θα πρέπει να επιστρέψει στο σχολείο μέχρι να αρχίσει την κατάλληλη θεραπεία. Το σχολείο μπορεί να ζητήσει την συμπλήρωση ενός έντυπου 'ενεργειών που ελήφθησαν', με το οποίο απαιτείται απ' τους γονείς /κηδεμόνες / φροντιστές να αναφέρουν εάν και πότε άρχισαν την θεραπεία.

Όνοματεπώνυμο Γονέα/ κηδεμόνα/ φροντιστή:

Όνοματεπώνυμο Γονέα/ κηδεμόνα/ φροντιστή:

Διεύθυνση:..... Ταχ. Κωδικός:.....

Όνομα παιδιού που πηγαίνει στο σχολείο:.....

Δια του παρόντος συγκατατίθεμαι για το παραπάνω παιδί να πάρει μέρος στο σχολικό πρόγραμμα ελέγχου ψειρών του τριχωτού της κεφαλής για όλη τη διάρκεια της σχολικής εκπαίδευσης του παιδιού στο σχολείο αυτό.

Υπογραφή Γονέα/ κηδεμόνα/ φροντιστή: Ημερομηνία.....

Υπογραφή Γονέα/ κηδεμόνα/ φροντιστή : Ημερομηνία.....

Παρακαλείστε να ενημερώσετε το σχολείο αν υπάρχει κάποια αλλαγή στην κηδεμονία /επιμέλεια του παιδιού σας, επειδή αυτό το έντυπο πρέπει να υπογραφεί εκ νέου για ληφθούν υπόψη αυτές οι αλλαγές. Παρακαλείστε επίσης να ενημερώσετε γραπτώς το σχολείο αν δεν θέλετε πλέον να δώσετε την συγκατάθεσή σας για να διενεργεί το σχολείο ελέγχους για ψείρες στο τριχωτό της κεφαλής στο παιδί σας.