

(Insert school details)

پدر یا مادر/قیم/سرپرست عزیز

شک آن می‌رود که شپش سر یا تخم آن در موی کودک شما پیدا شده است و بسیار مهم است که شما هر چه زودتر کودکان را با استفاده از روشهای درمانی امن درمان کنید. لطفاً بروشور ضمیمه، درمان و کنترل شپش سر را که اداره خدمات انسانی تهیه کرده است بخوانید. این بروشور حاوی رهنمودهای آگاهی بخش در باره پیدا کردن و درمان شپش سر و تخم آن می‌باشد.

خیلی مهم است که وقتی درمان مناسب شروع شد شما مراتب را به (insert school name) اطلاع بدهید.

مهم است که توجه داشته باشید مقررات بهداشتی ایجاب می‌کند که وقتی کودکی شپش سر دارد نباید تا یک روز بعد از شروع درمان مناسب به مدرسه برگردد. لطفاً توجه داشته باشید که این امر فقط شامل حال کودکانی است که شپش سر زنده دارند و به تخم شپش مربوط نمی‌شود.

لطفاً فرم زیر را تکمیل کرده و در هنگام بازگشت کودکان به مدرسه آن را به (insert principal's name) بدهید.



اقدام انجام شده – شپش سر دانش آموز
فرم پاسخ پدر یا مادر/قیم/سرپرست

به: (insert principal's name)

محرمانه

نام کامل دانش آموز: _____ سال، کلاس: _____

من میدانم که کودکم نباید با شپش سر درمان نشده به مدرسه برود.

من از داروی توصیه شده زیر برای شپش سر یا تخم آن برای کودکم استفاده کردم:

(نام دارو را بنویسید). _____

درمان در این تاریخ آغاز شد (تاریخ را بنویسید) _____ / _____ / _____

امضای پدر یا مادر/قیم/سرپرست: تاریخ: