

(Insert school details)

Αγαπητέ Γονέα/ Κηδεμόνα /Φροντιστή,

Υπάρχουν υποψίες ότι έχουν εντοπιστεί ψείρες ή αβγά ψειρών στα μαλλιά του παιδιού σας και είναι πολύ σημαντικό να κάνετε θεραπεία στο παιδί σας το συντομότερο δυνατόν, χρησιμοποιώντας ασφαλείς θεραπευτικές μεθόδους. Σας παρακαλώ διαβάστε το επισυναπτόμενο φυλλάδιο *Θεραπεία και Έλεγχος Ψειρών Τριχωτού Κεφαλής* του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Αυτό το φυλλάδιο έχει ενημερωτικές οδηγίες σχετικά με τον εντοπισμό και αντιμετώπιση των ψειρών και αβγών

Είναι πολύ σημαντικό να ενημερώσετε το (insert school name) και να αναφέρετε πότε άρχισε η θεραπεία.

Είναι σημαντικό να θυμάστε ότι οι κανονισμοί υγείας απαιτούν ότι όταν ένα παιδί έχει ψείρες στο τριχωτό της κεφαλής, αυτό το παιδί δεν θα πρέπει να επιστρέψει στο σχολείο μέχρι μία μέρα μετά την έναρξη της κατάλληλης θεραπείας. Σημείωση: αυτό αφορά μόνο τα παιδιά που έχουν ζωντανές ψείρες και δεν αφορά αβγά ψειρών.

Παρακαλείστε να συμπληρώσετε το παρακάτω απόκομμα και να το δώσετε στο (insert principal's name), κατά την επιστροφή του παιδιού σας στο σχολείο.



**Ενέργειες που Πάρθηκαν – Ψείρες τριχωτού κεφαλής Μαθητή  
Έντυπο Ενεργειών Γονέα /Κηδεμόνα/ Φροντιστή**

Προς: (insert principal's name),

**ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ**

Όνοματεπώνυμο Μαθητή : \_\_\_\_\_

Τάξη: \_\_\_\_\_

Γνωρίζω ότι το παιδί μου δεν θα πρέπει να πηγαίνει στο σχολείο αν δεν έχει κάνει θεραπεία για ψείρες.

Χρησιμοποίησα την παρακάτω συνιστώμενη θεραπεία για ψείρες ή αβγά ψειρών για το παιδί μου (insert name of treatment) \_\_\_\_\_.

Η θεραπεία άρχισε στις (insert date) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Υπογραφή γονέα/ κηδεμόνα/ φροντιστή: ..... Ημερομηνία.....