

---

Печать учреждения

# ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

## для общественного учреждения (Школа, группа продленного дня, детский сад, комната для ползунков)

Заполните это подтверждение и передайте его руководителю учреждения, если вы возвращаете своего ребенка со снятым диагнозом в это учреждение после осмотра и проведенного при необходимости лечения.

---

Фамилия, имя ребенка

Отметьте нужное крестиком:

● У моего ребенка **НЕ БЫЛО** обнаружено вшей/гнид:

- Я прочел/прочла данную памятку
- Я осмотрел(-а) своего ребенка в соответствии с инструкциями, не нашел (не нашла) вшей и гнид и буду осматривать его два раза в неделю в течение еще 14 дней

● Я обнаружил(-а) у своего ребенка вшей/гниды:

- Я обработал(-а) голову своего ребенка препаратом (название)..... и в целях безопасности повторю данную процедуру через 8–10 дней.
- Через 12 часов после первой обработки я не обнаружил(-а) живых вшей.
- После успешного лечения я буду проверять голову своего ребенка с помощью гребня от гнид и вшей еще 2 недели по два раза в неделю.

---

Дата

---

Подпись родителя / лица, обладающего  
родительскими правами