

Erklärung der Eltern/des Erziehungsberechtigten

Hiermit bestätige ich,, dass ich mein Kind

..... Gruppe/Klasse.....

nach bestem Wissen und Gewissen auf Kopfläuse und Nissen untersucht habe.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und keine Läuse oder Nissen gefunden.
- Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und **Läuse/Nissen gefunden** und habe den Kopf wie beschrieben **behandelt**.
- Ich versichere, dass ich nach 8 – 10 Tagen eine zweite Behandlung durchführen werde.

Mit einer evtl. Untersuchung meines Kindes während der Dauer des Besuchs der Einrichtung durch das Gesundheitsamt bin ich:

- einverstanden.
- nicht einverstanden.

Bei Rückfragen können Sie mich unter folgender Telefonnummer erreichen:

.....

Ort, Datum, Unterschrift

.....