

Grundschule Uttenreuth

Breslauer Straße 39
91080 Uttenreuth

Tel.: 09131/ 94 08 90 0
Fax: 09131/ 94 08 90 4

Erklärung der Eltern / Erziehungsberechtigten

Name des Kindes

Klasse

Hiermit erkläre ich, dass ich...

den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Nissenkamm sorgfältig untersucht und keine Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.

den Kopf meines Kindes untersucht habe, einen Kopflausbefall festgestellt habe und die Behandlung mit einem zur Tilgung der Kopfläuse geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt (möglichst kombiniert mit nassem Auskämmen mit Pflegespülung und einem Läusekamm) am durchgeführt habe.

Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema in den nächsten zwei Wochen fortführen und insbesondere die Zweitbehandlung mit Läusemittel nach 8 bis 10 Tagen durchführen werde.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Grundschule Uttenreuth

Breslauer Straße 39
91080 Uttenreuth

Tel.: 09131/ 94 08 90 0
Fax: 09131/ 94 08 90 4

Erklärung der Eltern / Erziehungsberechtigten

Name des Kindes

Klasse

Hiermit erkläre ich, dass ich...

den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Nissenkamm sorgfältig untersucht und keine Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.

den Kopf meines Kindes untersucht habe, einen Kopflausbefall festgestellt habe und die Behandlung mit einem zur Tilgung der Kopfläuse geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt (möglichst kombiniert mit nassem Auskämmen mit Pflegespülung und einem Läusekamm) am durchgeführt habe.

Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema in den nächsten zwei Wochen fortführen und insbesondere die Zweitbehandlung mit Läusemittel nach 8 bis 10 Tagen durchführen werde.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten