GRUNDSCHULE
AUGUST HERMANN
FRANCKE

Vorname und Name des Kindes Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich, dass ich...

a ...den Kopf meines Kindes mit einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht und keine Läuse, Larven oder Nissen gefunden habe.

b ...den Kopf meines Kindes untersucht habe, einen Kopflausbefall festgestellt habe und die Behandlung mit einem sachgerechten Mittel durchgeführt haben

Datum der Behandlung: _____

Verwendetes Kopflausmittelmittel: _____

Ich versichere, dass ich die Behandlung entsprechend den Herstellerhinweisen in den nächsten zwei Wochen fortführen werde, insbesondere die Zweitbehandlung mit dem Kopflausmittel nach acht bis zehn Tagen.

_____

Ort, Datum und Unterschrift einer sorgeberechtjgten Person

GRUNDSCHULE
AUGUST HERMANN
FRANCKE

Vorname und Name des Kindes Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich, dass ich...

a ...den Kopf meines Kindes mit einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht und keine Läuse, Larven oder Nissen gefunden habe.

b ...den Kopf meines Kindes untersucht habe, einen Kopflausbefall festgestellt habe und die Behandlung mit einem sachgerechten Mittel durchgeführt habe.

Datum der Behandlung: _____

Verwendetes Kopflausmittelmittel: _____

Ich versichere, dass ich die Behandlung entsprechend den Herstellerhinweisen in den nächsten zwei Wochen fortführen werde, insbesondere die Zweitbehandlung mit dem Kopflausmittel nach acht bis zehn Tagen.

_____

Ort, Datum und Unterschrift einer sorgeberechtigten Person