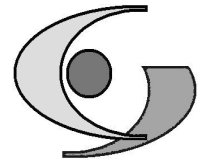


Kopfläuse

Bestätigung zur Wiederezulassung



Erklärung der Eltern / Erziehungsberechtigten von

(Hier bitte den Namen des Kindes eintragen)

Hiermit erkläre ich, dass ich _____ (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 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.

(Ort/Datum)

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)