

### **Bescheinigung für die Wiederzulassung nach Kopflausbefall**

Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten des Kindes

\_\_\_\_\_  
Name Schüler/in

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Klasse

Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht, Läuse/Nissen gefunden und eine entsprechende Erstbehandlung mit einem Kopflausmittel erfolgreich durchgeführt.

Ich versichere, dass ich in 7 bis 10 Tagen eine Wiederholungsbehandlung durchführe und den Kopf meines Kindes weiterhin auf Läuse/Nissen untersuchen werde.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Elternteil/Sorgeberechtigter

\_\_\_\_\_  
Datum

### **Bescheinigung für die Wiederzulassung nach Kopflausbefall**

Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten des Kindes

\_\_\_\_\_  
Name Schüler/in

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Klasse

Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht, Läuse/Nissen gefunden und eine entsprechende Erstbehandlung mit einem Kopflausmittel erfolgreich durchgeführt.

Ich versichere, dass ich in 7 bis 10 Tagen eine Wiederholungsbehandlung durchführe und den Kopf meines Kindes weiterhin auf Läuse/Nissen untersuchen werde.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Elternteil/Sorgeberechtigter

\_\_\_\_\_  
Datum

### **Bescheinigung für die Wiederzulassung nach Kopflausbefall**

Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten des Kindes

\_\_\_\_\_  
Name Schüler/in

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Klasse

Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht, Läuse/Nissen gefunden und eine entsprechende Erstbehandlung mit einem Kopflausmittel erfolgreich durchgeführt.

Ich versichere, dass ich in 7 bis 10 Tagen eine Wiederholungsbehandlung durchführe und den Kopf meines Kindes weiterhin auf Läuse/Nissen untersuchen werde.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Elternteil/Sorgeberechtigter

\_\_\_\_\_  
Datum