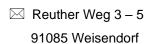
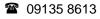
Grundschule Weisendorf



Kopfläuse

Erklärung der Personensorgeberechtigen von	
(Bitte den Namen des Kindes eintragen.)	
Hiermit erkläre ich, dass ich	
	Hilfe von Pflegespülung und einem Nissen- keine Läuse, Larven oder Nissen mit ent- n habe.
habe. Die Behandlung mit einem	rsucht und einen Kopflausbefall festgestellt n zur Tilgung der Kopfläuse geeigneten Arzchst kombiniert mit nassem Auskämmen mit kamm) habe ich am
· ·	(Zutreffendes bitte ankreuzen.)
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 U	nterschrift eines Erziehungsberechtigten





₫ 09135 6200



