

Erklärung der Sorgeberechtigten bei Kopfläusen

Hiermit wird bescheinigt, dass bei dem Schüler/der Schülerin

Name, Vorname Klasse

eine korrekte lokale Behandlung mit einem geeigneten, zugelassenen Präparat

Name des Medikamentes

durchgeführt wurde und eine Weiterverbreitung von Kopfläusen nicht mehr zu befürchten ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung der Sorgeberechtigten bei Kopfläusen

Hiermit wird bescheinigt, dass bei dem Schüler/der Schülerin

Name, Vorname Klasse

eine korrekte lokale Behandlung mit einem geeigneten, zugelassenen Präparat

Name des Medikamentes

durchgeführt wurde und eine Weiterverbreitung von Kopfläusen nicht mehr zu befürchten ist.

Ort, Datum

Unterschrift