

Bescheinigung für die Wiederzulassung nach Kopflausbefall

(auch für Kontaktpersonen)

Hiermit bestätige ich/ bestätigen wir, als Erziehungsberechtigte des Kindes

_____ geb. am _____
Nachname, Vorname Geburtsdatum

1. eine Kopflausbehandlung am _____ mit dem Mittel
Datum

_____ durchgeführt zu haben.
Mittel

2. Eine weitere Behandlung werde ich/ werden wir nach 8 bis 10 Tagen durchführen.

3. Die empfohlenen Hygienemaßnahmen werden beachtet.

4. Mein/ Unser Kind ist zum heutigen Zeitpunkt frei von Kopfläusen und Nissen.

_____ Datum

_____ Unterschrift der/ des Erziehungsberechtigten