

BESCHEINIGUNG

Zur Vorlage in der Gemeinschaftseinrichtung nach Kopflausbefall

Das Kind, der/die Schüler(in) leidet an Kopflausbefall.

Name:.....

Vorname:.....

Geb.-Dat......

Die **1.Behandlung** wurde am.....durchgeführt.

Wir wurden über die **Notwendigkeit einer 2. Behandlung** nach 8 - 10 Tage unterrichtet und werden diese Behandlung durchführen.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte