| Schule zurück geben.  Zutreffendes bitte ankreuzen   |
|--|
| Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten des Kindes  |
| ☐ Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und keine Kopfläuse, Larven oder Nissen gefunden.   |
| □ Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht, Kopfläuse, Larven oder Nissen gefunden und mit einem zugelassenen Präparat nach den Herstellervorschriften behandelt. Ich versichere, dass ich nach 8 – 10 Tagen eine zweite Behandlung durchführen werde. |
| ☐ Alle weiteren Familienmitglieder wurden auf Kopfläuse untersucht.  |
| ☐ Es waren keine weiteren Familienmitglieder mit Läusen befallen   |
| ☐ Es wurden weitere, befallene Familienmitglieder behandelt; soweit sie Kindergarten oder Schule besuchen, wurde die Einrichtung von mir darüber informiert.   |
| ☐ Ich habe die begleitenden Maßnahmen (Wäsche, Kuscheltiere usw.) sorgfältig durchgeführt.   |
| Datum Unterschrift der Eltern / des Sorgaberschtigten  |