

Zurück mit Unterschrift am.....

an Klassenlehrerin

Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten des Kindes

Name: _____ Klasse: _____ Datum: _____

- [] Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und keine Kopfläuse oder Nissen gefunden.
- [] Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht, Kopfläuse / Nissen gefunden und habe den Kopf mit einem zugelassenen Kopflausmittel wie vorgeschrieben behandelt. Ich versichere, dass ich nach 8 - 10 Tagen eine zweite Behandlung durchführen werde.

Datum

Unterschrift eines Elternteils / Sorgeberechtigten

- ***Gesundheitsamt Treptow-Köpenick: Dienstgebäude < Hans-Schmidt-Str.18, 12489 Berlin
Kopflauskontrollen: Montag-Freitag: 7.30- 9.00 Uhr im Zimmer 030,
Tel. 90297 4756 oder 4773**
-