

Hort Schönow
Dorfstr. 37b
16321 Bernau bei Berlin
OT Schönow
E-Mail: hort@grundschule-schoenow.de
Internet: www.grundschule-schoenow.de/Hort
Hortleitung: Herr Schwarzer
Tel.: 03338 / 765697
Fax: 03338 / 7517977



Schönow, den _____

**Erklärung der Eltern über eine sachgerecht durchgeführte Behandlung
gegen Kopfläuse zur Vorlage in der Gemeinschaftseinrichtung
Hort Schönow**

Vorname und Name des Kindes

Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich, dass ich...

☐

...den Kopf meines Kindes mit einem Läuse- oder Nissenkamm
sorgfältig untersucht und keine Läuse, Larven oder Nissen gefunden habe.

☐

...den Kopf meines Kindes untersucht habe, einen Kopflausbefall
festgestellt habe und die Behandlung mit einem sachgerechten Mittel
durchgeführt habe.

- Datum der Behandlung: _____

- Verwendetes Kopflausmittel: _____

Ich versichere, dass ich die Behandlung entsprechend den
Herstellerhinweisen in den nächsten zwei Wochen fortführen werde,
insbesondere die Zweitbehandlung mit dem Kopflausmittel nach acht bis zehn
Tagen.

Ort, Datum und Unterschrift einer sorgeberechtigten Person