

Grundschule Schönow
Dorfstr. 37b
16321 Bernau bei Berlin
OT Schönow
sekretariat@grundschule-schoenow.de
www.grundschule-schoenow.de
Schulleitung Astrid Huwe
Tel.: 03338 3078 / Fax: 03338 702997



Schönow, _____

— **Erklärung der Eltern über eine sachgerecht durchgeführte Behandlung gegen Kopfläuse zur Vorlage in der Gemeinschaftseinrichtung GS 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