

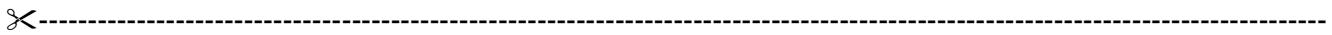
Elterliche Rückmeldung bei Kopflausbefall in Kindergarten oder Krippe

Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten des Kindes _____

- Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und **keine** Kopfläuse oder Nissen gefunden.
Ich werde die Untersuchung in den nächsten Tagen wiederholen.
Bei einem festgestellten Befall werde ich die Einrichtung umgehend unterrichten.
- Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und **Kopfläuse oder Nissen gefunden**.
Die Erstbehandlung habe ich bereits durchgeführt.
Ich versichere, dass ich 8 – 10 Tage nach der ersten Behandlung (je nach Herstellerangabe des Läusemittels) eine zweite Behandlung durchführen werde.

Datum

Unterschrift eines Elternteils/Sorgeberechtigten



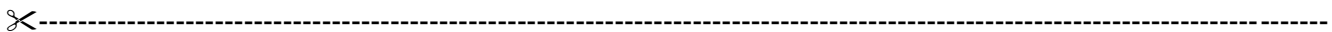
Elterliche Rückmeldung bei Kopflausbefall in Kindergarten oder Krippe

Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten des Kindes _____

- Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und **keine** Kopfläuse oder Nissen gefunden.
Ich werde die Untersuchung in den nächsten Tagen wiederholen.
Bei einem festgestellten Befall werde ich die Einrichtung umgehend unterrichten.
- Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und **Kopfläuse oder Nissen gefunden**.
Die Erstbehandlung habe ich bereits durchgeführt.
Ich versichere, dass ich 8 – 10 Tage nach der ersten Behandlung (je nach Herstellerangabe des Läusemittels) eine zweite Behandlung durchführen werde.

Datum

Unterschrift eines Elternteils/Sorgeberechtigten



Elterliche Rückmeldung bei Kopflausbefall in Kindergarten oder Krippe

Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten des Kindes _____

- Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und **keine** Kopfläuse oder Nissen gefunden.
Ich werde die Untersuchung in den nächsten Tagen wiederholen.
Bei einem festgestellten Befall werde ich die Einrichtung umgehend unterrichten.
- Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und **Kopfläuse oder Nissen gefunden**.
Die Erstbehandlung habe ich bereits durchgeführt.
Ich versichere, dass ich 8 – 10 Tage nach der ersten Behandlung (je nach Herstellerangabe des Läusemittels) eine zweite Behandlung durchführen werde.

Datum

Unterschrift eines Elternteils/Sorgeberechtigten