Evang. Ursula-Wölfel-Grundschule Teltow

Sekretariat

Lichterfelder Allee 45

14513 Teltow

Tel.: 0 33 28 433 272

Fax: 0 33 28 433 282

**Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten des Kindes
bei Erstbefall mit Läusen**

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |       |
| **Vorname** |       |
| **Klasse** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]**  | Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht, Läuse oder Läuseeier gefunden und eine korrekte lokale Behandlung mit einem geeigneten, zugelassenen Präparat: |
|  |  |
|  |  |
|  | *(Name des Medikamentes)* |
|  |  |
|  | durchgeführt, so dass eine Weiterverbreitung von Kopfläusen nicht mehr zu befürchten ist. |

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]**  | Ich versichere, dass ich nach 8 - 10 Tagen eine zweite Behandlung durchführen werde. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Unterschrift eines Erziehungsberechtigten/Sorgeberechtigten |