

Erklärung

Name des Kindes: _____

ich versichere hiermit, dass ich den Kopf meines Kindes sorgfältig untersucht und keine Läuse oder Nissen festgestellt habe.

ich den Kopf meines Kindes sorgfältig untersucht, Läuse und Nissen festgestellt habe und die Behandlung mit einem insektenabtötendem Mittel genau nach Gebrauchsanweisung durchgeführt habe.

Ich versichere weiterhin, dass ich die Behandlung nach 8-10 Tagen wiederholen werde.

Datum: _____

Unterschrift eines
Erziehungsberechtigten: _____