

Bestätigung

Bei meinem Kind _____, Kl. _____,
(Vor- und Nachname)

wurde ein Kopflausbefall festgestellt.

Hiermit bestätigen wir, dass eine korrekt durchgeführte Behandlung sofort ausgeführt wurde.

Wir verpflichten uns, die Behandlung mit dem Läusemittel nach 8 – 10 Tagen wiederholt durchzuführen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift eines/r Erziehungsberechtigten)

Bestätigung

Bei meinem Kind _____, Kl. _____,
(Vor- und Nachname)

wurde ein Kopflausbefall festgestellt.

Hiermit bestätigen wir, dass eine korrekt durchgeführte Behandlung sofort ausgeführt wurde.

Wir verpflichten uns, die Behandlung mit dem Läusemittel nach 8 – 10 Tagen wiederholt durchzuführen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift eines/r Erziehungsberechtigten)