

## Elternbestätigung

Hiermit bestätige ich, dass ich

mein Kind.....Gruppe/Klasse.....

auf Kopfläuse und Nissen gemäß der oben genannten Anleitung untersucht habe.

Es wurden weder Läuse noch Nissen festgestellt.....

Es wurden Läuse und/oder Nissen festgestellt und die erste Behandlung entsprechend o.g. Beschreibung ist erfolgt.....

Ich verpflichte mich, dass ich die weiteren Behandlungsschritte (Tag 5 – Tag 17) durchführen werde.....

Verwendetes Präparat.....

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern