



Grundschule Eckenheid  
Heidestr. 11, 90542 Eckental  
Tel.: 09126/6568  
Fax: 09126/289597  
E-Mail:  
gs.eckenheid@t-online.de

## Erklärung der Eltern/ Erziehungsberechtigten von

---

(Hier bitte den Namen des Kindes eintragen)

Hiermit erkläre ich, dass ich...

- Den Kopf meines Kindes untersucht habe, einen Kopflausbefall festgestellt habe und die Behandlung mit einem zur Tilgung der Kopfläuse geeigneten Arzneimittel/ Medizinprodukt (möglichst kombiniert mit nassem Auskämmen mit Pflegespülung und einem Läusekamm) am \_\_\_\_\_ durchgeführt habe.

Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema in den nächsten zwei Wochen fortführen und insbesondere die Zweitbehandlung mit Läusemittel nach 8-10 Tagen durchführen werde.

---

(Ort/ Datum)

---

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

