

## Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mein Kind ..... geboren am .....  
Name in Druckbuchstaben

Schüler der .....Ebene nach Feststellung von Kopfläusen bzw. Nissen am .....  
die folgende Behandlung bekommen hat.

Die 1. Behandlung erfolgte mit ..... am .....  
Name des Präparates Datum der Durchführung

Die 2. Behandlung erfolgt mit ..... Am .....  
Name des Präparates Datum der Durchführung

Derzeit ist mein Kind frei von Kopfläusen.

Greifswald, den .....  
.....  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten