

Schule am Volkspark
Städt. Gemeinschaftsgrundschule
Alte Bahnhofstr. 170
44892 Bochum
Telefon: 0234 - 287797
Fax: 0234 - 9271378
E-Mail: 128880@schule.nrw.de



Mitteilung an die Klassenleitung über Kopflausbefall des Kindes

Name: _____ Vorname: _____ Kl. _____

Ich habe bei meinem Kind Kopfläuse festgestellt.

Ich habe mich von einem Arzt/Apotheker beraten lassen und bestätige die Durchführung einer Behandlung entsprechend dem Beipackzettel des Mittels.

Verwendetes Mittel: _____ (Angabe freiwillig)

Ich werde nach 8 – 10 Tagen die Bescheinigung über die durchgeführte Zweitbehandlung vorlegen.

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

----- hier bitte abschneiden -----

Mitteilung über die Zweitbehandlung des Kindes

Name: _____ Vorname: _____ Kl. _____

Ich habe die notwendige Zweitbehandlung meines Kindes gegen Kopfläuse heute durchgeführt.

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten