

Förderverein der Schülerbetreuung
an der Grund- und Mittelschule Altomünster e.V.
Faberweg 13a
85250 Altomünster
www.sb-altomuenster.de
vorstand@sb-altomuenster.de



Erklärung der Eltern/ Sorgeberechtigten des Kindes

(Name, Vorname des Kindes)

Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht, Läuse/ Nissen gefunden und eine Behandlung mit einem anerkannten Kopflausmittel _____ (Bezeichnung des Mittels) wie vorgeschrieben durchgeführt. ich versichere, dass ich nach 8 bis 10 Tagen eine zweite Behandlung durchführen werde.

(Datum)

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)