



STADTSCHULE MICHELSTADT

Grundschule des Odenwaldkreises
Michelstadt/ Odenwald

Schulstr. 20 64720 Michelstadt Tel.: (06061) 9652700 Fax: (06061) 96527015
stadtschule.michelstadt@odenwaldkreis.de



Kopfläuse – Elternbestätigung

Geben Sie diese Bestätigung
bitte ausgefüllt und
unterschrieben am nächsten
Tag der Klassenlehrkraft.
Danke!

Hiermit bestätige ich, dass ich

mein Kind _____ Klasse _____ auf

Kopfläuse und Nissen untersucht habe.

- Es wurden weder Läuse noch Nissen festgestellt.

- Es wurden Läuse und/ oder Nissen festgestellt und die erste
Behandlung ist erfolgt.

- Ich verpflichte mich, dass ich die weiteren Behandlungsschritte
durchführen werde.

- Verwendetes Präparat: _____

Datum

Unterschrift der Eltern