

Erklärung – Behandlung nach Kopflausbefall

Für unseren Sohn/unsere Tochter	Klasse
---------------------------------	--------

Schüler/Schülerin der Grund- und Mittelschule Rosenheim-Aising

... bestätigen wir als Erziehungsberechtigte, dass wir den Kopf unseres Kindes untersucht und eine Behandlung mit einem anerkannten Kopflausmittel wie vorgeschrieben durchgeführt haben. Ich versichere, dass ich nach 8 bis 10 Tagen eine zweite Behandlung durchführen werde.

Ort Rosenheim	Datum	Unterschrift der Erziehungsberechtigten
-------------------------	-------	---