

# Bescheinigung für die Wiederzulassung nach Kopflausbefall

Bitte geben Sie die Bescheinigung in der Schule/bei der Klassenlehrerin/dem Klassenlehrer ab!

Hiermit bestätige ich als Erziehungsberechtigter/Elternteil des Kindes

\_\_\_\_\_  
(Name des Kindes)

\_\_\_\_\_  
(Klasse)

dass auf dem Kopf meines Kindes Läuse bzw. Läuseeier gefunden wurden und bereits eine Behandlung mit einem geeigneten Kopflausmittel durchgeführt wurde.

Ich versichere, dass ich in 9 Tagen (+/- 1 Tag) eine zweite Behandlung durchführen werde. Somit bestehen nach § 34 Infektionsschutzgesetz keine Einwände gegen den Wiederbesuch der Schule.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)