_____

Stempel der Gemeinschaftseinrichtung

Ärztliche Bestätigung für die Wiederzulassung nach Kopflausbefall

Bitte bei Bedarf

diese Bestätigung ausfüllen lassen und im Kindergarten/in der Schule abgeben!

.....

Name des Kindes

☐ Ich habe den Kopf des Kindes auf Läuse untersucht und keine Läuse gefunden. Das Kind kann somit den Kindergarten/die Schule wieder besuchen.

.....

Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes.