
Stempel der Gemeinschaftseinrichtung

**Ärztliche Bestätigung
für die Wiedenzulassung nach einem Kopflausbefall**

**Bitte bei Bedarf diese Bestätigung vom Arzt/Ärztin ausfüllen lassen
und in der Gemeinschaftseinrichtung abgeben!**

.....
Name des Kindes

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

.....
Datum

.....
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes