

# — Nachweis —

## Kopflausbehandlung

Liebes Kita-/Krippen-Team,

ich/wir haben bei unserem Kind/unseren Kindern

..... (Name Kind)

..... (ggf. Name Kind 2)

..... (ggf. Name Kind 3)

die Behandlung gegen Kopfläuse erfolgreich durchgeführt am

..... (Datum)

und werden die Behandlung wiederholen am

..... (Datum der Nachfolgebehandlung).

Ich/wir versichern, dass bei unserem Kind aufgrund und nach der Behandlung nach unserem Eindruck und Wissen kein Kopflausbefall mehr vorliegt.

Mit freundlichen Grüßen

.....

(Datum, Namen Erziehungsberechtigte/r)

### Hinweis:

Dieser Nachweis ist kein ärztliches Attest. Es handelt sich um eine Mitteilung der Eltern/Familie.