

## Bescheinigung zur Vorlage in der Kindertageseinrichtung/Schule

Bei meinem Kind \_\_\_\_\_, geb.am \_\_\_\_\_

habe ich das Kopfhaar auf Kopflausbefall untersucht bzw. untersuchen lassen.

- Es liegt kein Kopflausbefall vor.
  
- Es wurde eine Behandlung wegen Kopflausbefall durchgeführt.  
Eine Weiterverbreitung der Verlausung ist nicht mehr zu befürchten.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

---

(Bitte hier abtrennen)

## Bescheinigung zur Vorlage in der Kindertageseinrichtung/Schule

Bei meinem Kind \_\_\_\_\_, geb.am \_\_\_\_\_

habe ich die zweite Behandlung bei Kopflausbefall nach 8-10 Tagen  
am \_\_\_\_\_ durchgeführt.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten.

<p style="text-align: center;"><b>Gesundheitsamt des Landkreises Merzig-Wadern</b> <b>Hochwaldstr.44, 66663 Merzig, Tel.06861/80420, Fax.06861/80414</b></p>
--