

An die

St.-Stephanus-Schule

z. Hd. des Klassenlehrers

Birkhofstr. 26

41472 Neuss

Datum: _____

Wiederzulassung zum Unterricht nach einem Kopflausbefall

Nach

- () Rücksprache mit unserem behandelnden Arzt
- () einer erfolgreich durchgeführten Kopflausbehandlung mit einem auf Wirksamkeit überprüften Mittel gegen Kopflausbefall

kann mein Kind wieder am Unterricht der St.-Stephanus-Schule teilnehmen.

- () Ich bestätige, dass die Behandlung erfolgreich durchgeführt und der Behandlungserfolg durch sorgfältige Inspektion kontrolliert wurde.
- () Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Folgebehandlung unbedingt 8 bis 10 Tage nach der Erstbehandlung durchgeführt werden muss.

Name des Kindes:	
Klasse:	
Datum der Erkrankung:	_____ bis _____
Wiederaufnahme des Schulbesuchs:	

Datum:

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten