

Einverständniserklärung – Verdacht auf Kopflausbefall

Name des/der Schüler/in

Geboren am:

Ich bin damit einverstanden, dass der Kopf meines Kindes bei Verdacht auf eventuellen
Kopflausbefall von einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter der Schule untersucht wird.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten