



Grundschule Oldau, Oldauer Straße 4, 29313 Hambühren

## BESTÄTIGUNG – ICH BIN LÄUSEFREI

Hiermit bestätige ich, dass mein Kind \_\_\_\_\_,

Klasse \_\_\_\_\_,

von folgendem Arzt/ folgender Ärztin untersucht wurde und nachweislich

**frei von Kopfläusen ist:**

**Praxis:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Untersucht am:** \_\_\_\_\_

Durch diese von mir unterschriebene Bestätigung kann mein Kind den Schulbesuch wieder aufnehmen.

Hambühren, den \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten