

**Städt. Grundschule Nord
Gemeinschaftsschule**



Standort Nord
Berliner Str. 8
52428 Jülich
Tel. 02461/910548
Fax 02461/58637

Standort Weldom
Romlewieerweg 12
52428 Jülich
Tel. 02463/3717
Fax: 02463/906475



A

Name, Vorname des Kindes

zur Erstbehandlung

() Ich habe den Kopf meines Kindes am _____ mit einem insektenabtötenden Mittel (Handelsname: _____) behandelt.

Ich habe die Hinweise zum Vorgehen bei Läusebefall auf der Internetseite der Schule gelesen und versichere, dass ich nach 8 – 10 Tagen eine zweite Behandlung durchführen werde.

Datum

Unterschrift eines Elternteils/Sorgeberechtigten

Bitte hier abtrennen und in Kindergarten, Schule, etc. abgeben

**Städt. Grundschule Nord
Gemeinschaftsschule**



Standort Nord
Berliner Str. 8
52428 Jülich
Tel. 02461/910548
Fax 02461/58637

Standort Weldom
Romlewieerweg 12
52428 Jülich
Tel. 02463/3717
Fax: 02463/906475



B

Name, Vorname des Kindes

zur Zweitbehandlung, 8 – 10 Tage nach der Erstbehandlung

() Ich habe den Kopf meines Kindes erneut am _____ mit einem insektenabtötenden Mittel (Handelsname: _____) behandelt.

Datum

Unterschrift eines Elternteils/Sorgeberechtigten