

.....

.....

.....

Name /Adresse

## Bestätigung

Ich bestätige, dass mein Kind : .....Klasse:.....

vorschriftsmäßig mit dem Wirkstoff

Permethrin ---- Pyrethrum ---- Allethrin ---- Dimeticon

oder

mit dem „Mosquito Läuse-Shampoo“  
Hersteller: Wepa Apothekenbedarf

(zutreffendes bitte einkreisen)

gegen Läusebefall behandelt wurde.

Mir ist bekannt, dass eine weitere Behandlung nach 8 – 10 Tagen erforderlich ist.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift