

Chemnitz, den .....

Grundschule Ebersdorf  
Schulleiterin  
Lichtenauer Straße 45  
09131 Chemnitz

## Information über Kopflausbefall

Bei meiner/unserer Tochter / meinem/unserem Sohn

.....,

Klasse .....,

habe(n) ich/wir am ..... eine Befall mit Kopfläusen festgestellt.

Ich/Wir haben am ..... die vorgeschriebene Behandlung mit einem zugelassenen Mittel durchgeführt und versicher(e/n), nach 8 bis 10 Tagen auch die notwendige Zweitbehandlung vorzunehmen.

Mit freundlichem Gruß

.....  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)