Gemeinschaftsschule Quierschied
Gebundene Ganztagsschule

REGIONALVERBAND SAARBRÜCKEN

GemS Quierschied, Im Eisengraben 25, 66287 Quierschied

Tel.: 06897 6008550
Fax: 06897 6008540

Datum:

Informationsblatt für die Eltern zu einem aktuellen Kopflausbefall
in der GemS Quierschied

Liebe Eltern,

in unserer Schule sind im unmittelbaren Umfeld Ihres Kindes Kopfläuse aufgetreten. Werden bei einem Kind Kopfläuse festgestellt, sind die Erziehungsberechtigten verpflichtet, die notwendigen Kontrollmaßnahmen durchzuführen. Das gilt für alle Kinder, denen wir diesen Brief mitgeben.

Ich bitte Sie, Ihr Kind gründlich zu untersuchen und wenn nötig zu behandeln. Wenn Sie Läuse oder Nissen entdecken, sind Sie gemäß § 34 Abs. 5 IfSG verpflichtet, die Schule umgehend darüber zu informieren. Bei Kopflausbefall ist Ihre Mitarbeit sehr wichtig. Besonders gut ist der Befall hinter den Ohren, in der Schläfen- und Nackengegend zu erkennen.

Erstbefall:
Mit der Erklärung, dass Sie Ihr Kind gegen Läuse behandelt haben, darf Ihre Tochter / Ihr Sohn direkt wieder in die Schule gehen. Denken Sie unbedingt an den zweiten Teil der Behandlung!
Zweitbefall:
Sollte es nach einer ersten Behandlung innerhalb von vier Wochen zu einem weiteren Befall mit Kopfläusen kommen, ist ein ärztliches Attest in der Schule vorzulegen. Auf diesem Attest steht, dass das Kind lausfrei ist. Erst danach darf Ihr Kind wieder in die Schule.

Bitte bestätigen Sie uns auf dem anhängenden Abschnitt, dass Sie die Informationen gelesen haben und dass Sie Ihr Kind gründlich untersucht haben. Bitte geben Sie das Schreiben direkt morgen Ihrem Kind wieder mit. Vielen Dank!

Die Schulleitung

hier bitte abschneiden

Erklärung der Erziehungsberechtigten

Name des Kindes _____ Klasse _____

[ ] Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und keine Läuse oder Nissen gefunden.

[ ] Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht, Läuse / Nissen gefunden und habe den Kopf mit einem nach § 18 IfSG in Verbindung mit dem RKI empfohlenen Mittel wie vorgeschrieben behandelt. Ich habe auch die Kontaktpersonen in meinem Haushalt untersucht und ggfs. behandelt.

Ich versichere, dass ich den Kopf der befallenen Familienmitglieder in den nächsten Tagen und Wochen regelmäßig auf Läuse und Nissen untersuche und eine zweite Behandlung nach 8 bis 10 Tagen (je nach Mittel) durchführe.

Datum und Unterschrift der Erziehungsberechtigten _____