

Antrag auf Unterrichtsbefreiung

Hiermit bitte ich Sie, meine Tochter/meinen Sohn

Name, Vorname:		Klasse:		
Datum:		von	Uhr bis	Uhr

vom Unterricht zu befreien.

Grund:

Arzttermin, der nicht außerhalb der Unterrichtszeit zu erhalten war (z. B. beim Kieferorthopäden).

Bitte den Arztbesuch bestätigen lassen, z. B. durch einen Stempel auf diesem Antrag.

_____ (anderer Grund)

_____ den, _____ (Ort) (Datum) (Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Befreiung ausgesprochen _____ (Datum) _____ (Unterschrift der Schulleitung)

Antrag auf Unterrichtsbefreiung

Hiermit bitte ich Sie, meine Tochter/meinen Sohn

Name, Vorname:		Klasse:		
Datum:		von	Uhr bis	Uhr

vom Unterricht zu befreien.

Grund:

Arzttermin, der nicht außerhalb der Unterrichtszeit zu erhalten war (z. B. beim Kieferorthopäden).

Bitte den Arztbesuch bestätigen lassen, z. B. durch einen Stempel auf diesem Antrag.

_____ (anderer Grund)

_____ den, _____ (Ort) (Datum) (Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Befreiung ausgesprochen _____ (Datum) _____ (Unterschrift der Schulleitung)