

Mittelschule 63849 Leidersbach

Antrag auf Unterrichtsbefreiung

Hiermit bitten wir Sie, unsere Tochter / unseren Sohn

_____ (Name) _____ (Klasse)

am _____ vom Unterrichts zu befreien.
(Datum)

Grund:

- Arzttermin, der nicht außerhalb der Unterrichtszeit zu erhalten war.
Bitte den Arztbesuch bestätigen lassen (z.B. durch einen Arztstempel auf diesem Antrag)

anderer Grund (Bitte unten eintragen!):

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift Erziehungsberechtigte)

Genehmigt durch / am:

(Name Datum Unterschrift)

Raum für die Bestätigung des Arztes oder einer anderen Institution: