

Antrag auf Befreiung vom Unterricht (§ 39 RSO)

Ich bitte Sie, mein Kind _____

_____ Klasse _____

am _____ von _____ bis _____ Uhr vom Unterricht zu beurlauben.

Grund: Unverschiebbarer Arztbesuch

Ort, Datum Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Genehmigt Nicht genehmigt

Begründung: _____

Datum, Unterschrift d. Schulleitung



Antrag auf Befreiung vom Unterricht (§ 39 RSO)

Ich bitte Sie, mein Kind _____ Klasse _____

am _____ von _____ bis _____ Uhr vom Unterricht zu beurlauben.

Grund: Unverschiebbarer Arztbesuch

Ort, Datum Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Genehmigt Nicht genehmigt

Begründung: _____

Datum, Unterschrift d. Schulleitung

Antrag auf Befreiung vom Unterricht (§ 39 RSO)

Ich bitte Sie, mein Kind _____

_____ Klasse _____

am _____ von _____ bis _____ Uhr vom Unterricht zu beurlauben.

Grund: Unverschiebbarer Arztbesuch

Ort, Datum Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Genehmigt Nicht genehmigt

Begründung: _____

Datum, Unterschrift d. Schulleitung



Antrag auf Befreiung vom Unterricht (§ 39 RSO)

Ich bitte Sie, mein Kind _____ Klasse _____

am _____ von _____ bis _____ Uhr vom Unterricht zu beurlauben.

Grund: Unverschiebbarer Arztbesuch

Ort, Datum Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Genehmigt Nicht genehmigt

Begründung: _____

Datum, Unterschrift d. Schulleitung