Herigoyen Grund- und Mittelschule Sulzbach

Antrag auf Unterrichtsbefreiung

Hiermit bitten wir Sie, unsere Tochter / unseren Sohn

_____

(Name) (Klasse)

am _____ vom Unterricht 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 Erziehungsberechtige)

Genehmigt durch / am:

_____

(Name Datum Unterschrift)

Raum für die Bestätigung des Arztes oder einer anderen Institution: