



Antrag auf Unterrichtsbefreiung

Hiermit bitte ich Sie, meine Tochter/meinen Sohn

Vorname, Name _____ Klasse _____

am/vom-bis _____

vom Unterricht zu befreien.

Grund:

- Arzttermin, der nicht außerhalb der Unterrichtszeit zu erhalten war (z. B. beim Kieferorthopäden). **Bitte den Arztbesuch durch ein Attest bestätigen lassen und dieses Attest beim Klassenlehrer am darauffolgenden Tag abgeben.**

Datum/ Unterschrift Eltern

- Einzelne Unterrichtsstunden **bis zu einem ganzen Tag** werden durch die Klassenleitungen genehmigt.
- Unterrichtsbefreiungen **ab 2 Tage** werden über die Schulleitung genehmigt.
- Unterrichtsbefreiungen für Schüler der **OGS** werden über Herrn Mestan genehmigt.

Antrag wurde genehmigt: _____
Schulleitung

Antrag wurde genehmigt: _____
Klassenleitung