

Unterrichtsbefreiung

Q _____

für die Schülerin _____

am _____ ab _____ bis _____ Uhr

Grund: _____

folgende Unterrichtsstunden/Veranstaltungen werden versäumt:

Wochentag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Datum					
1.Stunde					
2.Stunde					
3.Stunde					
4.Stunde					
5.Stunde					
6.Stunde					
Mittagspause					
8.Stunde					
9.Stunde					
10.Stunde					
11.Stunde					

Weiden i. d. OPf., _____

Hiermit bestätige ich, dass obige
Schülerin am _____
von _____ bis _____ Uhr
in meiner Praxis war.

(Schulleitung)

(Erziehungsberechtigter) (Stempel, Unterschrift des Arztes)

Unterrichtsbefreiung

Q _____

für die Schülerin _____

am _____ ab _____ bis _____ Uhr

Grund: _____

folgende Unterrichtsstunden/Veranstaltungen werden versäumt:

Wochentag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Datum					
1.Stunde					
2.Stunde					
3.Stunde					
4.Stunde					
5.Stunde					
6.Stunde					
Mittagspause					
8.Stunde					
9.Stunde					
10.Stunde					
11.Stunde					

Weiden i. d. OPf., _____

Hiermit bestätige ich, dass obige
Schülerin am _____
von _____ bis _____ Uhr
in meiner Praxis war.

(Schulleitung)

(Erziehungsberechtigter) (Stempel, Unterschrift des Arztes)