



Antrag an die Schulleitung: Freistellung vom Unterricht

Name: Klasse:

Vorname: Klassenleitung:

volljährig nicht volljährig

Bisherige Fehltage in diesem Schuljahr: Tage

(davon aus geschäftlichen Gründen:Tage)

(davon wegen Krankheit:Tage)

Ich beantrage die Freistellung vom Unterricht

am ab bis Uhr

Schulaufgabe: ja nein sonstige Arbeiten: ja nein

Versäumter Unterrichtsstoff wird von mir nachgearbeitet, verpasste Leistungsnachweise werden nachgeholt.

Begründung:
(ggf. Anlagen)

Bei volljährigen Schülerinnen und Schülern:

Hiermit bestätige ich, dass ich auf eigene Verantwortung zum Arzt gehe.

München,
.....
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Stellungnahme der Schule

- befürwortet
 nicht befürwortet

.....
Unterschrift der (Klassen-)Lehrkraft

Der Antrag wird genehmigt / nicht genehmigt

Auflage(n):

- Bestätigung von:
- Schulbesuchsunfähigkeitsbescheinigung des*r Arztes*Ärztin *)
- Kenntnisnahme / Bestätigung des Ausbildungsbetriebes *)
- Kenntnisnahme des / der Erziehungsberechtigten *)
- Nachholung/Vorholung (nach Rücksprache mit der Klassenleitung)
-

.....
Unterschrift der Schulleitung

*) siehe Rückseite

Bescheinigung des*r Arztes*Ärztin oder einer anderen Stelle

zur Vorlage in der Städtischen Berufsschule für das Hotel-, Gaststätten- und Braugewerbe

Herr/Frau

war vonUhr bisUhr zur Behandlung in meiner Praxis ist erkrankt und seit schulunfähig.
Voraussichtlich wieder schulfähig ab

hatte von Uhr bis Uhr einen dringenden Termin bei (Name der Einrichtung / Stelle)

.....

Datum

Unterschrift

Stempel

Bestätigung des Ausbildungsbetriebes

zur Vorlage in der Städtischen Berufsschule für das Hotel-, Gaststätten- und Braugewerbe.

Von der umseitigen Freistellung vom Unterricht und ggf. der obigen Bescheinigung des Arztes habe ich Kenntnis genommen.

.....

Datum

Unterschrift

Stempel

Bestätigung des/der Erziehungsberechtigten

zur Vorlage in der Städtischen Berufsschule für das Hotel-, Gaststätten- und Braugewerbe.

Von der umseitigen Freistellung vom Unterricht und ggf. der obigen Bescheinigung des Arztes habe ich Kenntnis genommen.

.....

Datum

Unterschrift