HOFÄCKERSCHULE
Grundschule
74372 Sersheim

Antrag auf Unterrichtsbefreiung

(Bitte mindestens 3 Tage vor dem Termin dem Sekretariat/der Klassenleitung bzw. Schulleitung zuleiten)

_____ _____ _____
Name, Vorname d. Schülers *Klasse* *Klassenlehrer/in*

Hiermit bitte ich um Unterrichtsbefreiung für mein Kind
(Der versäumte Unterrichtsstoff wird selbstständig und umgehend nachgeholt.)

☐ **stundenweise** am ……..…….. , …..... ☐ von …….. bis ……..
Wochentag *Datum* *Uhrzeit* *Uhrzeit*

☐ **für 1 Tag**: am ……..…….. , …..... ☐ ganztägig
Wochentag *Datum*

☐ **für mehrere Tage** : von ……..……., …..... bis ……..……., …....
Wochentag *Datum* *Wochentag* *Datum*

Grund:

☐ **Kieferorthopäde** (Stundenweise, ein Termin war nachmittags nicht zu erhalten.)
☐ **Arztbesuch** (Stundenweise, ein Termin war nachmittags nicht zu erhalten.)
☐ **Sonstiges** (Bitte Grund angeben)

……..…

……..……

_____ _____
Datum *Unterschrift d. Erziehungsberechtigten / des/der volljährigen Schülers/in*

Folgender Abschnitt wird von der Schule bearbeitet

Der Antrag wurde bearbeitet durch ☐ Klassenlehrer/in (bei 1 Tag) ☐ Schulleitung (bei mehr als 1 Tag)

Dem Antrag wird

☐ **a) entsprochen** ☐ **b) unter Auflagen entsprochen** ☐ **c) nicht entsprochen**

Begründung falls b) oder c) : ……..……

……..……..……...

……..……..……...

_____ _____
Datum *Unterschrift Schulleitung/ Klassenlehrer/in*

Der/Die Schüler/in wurde als fehlend im Tagebuch und in der Liste „Befreiungen“ eingetragen, sowie die Erziehungsberechtigten ☐ mündlich (evtl. über den Schüler)
☐ schriftlich
über die Entscheidung informiert.

_____ _____
Unterschrift Schulleitung *Unterschrift Klassenlehrer/in*