

Nr.: Klasse:

Name:

Befreiung Schonung

Im Gegenstand:

von bis

Bemerkungen:

Datum:

An die Direktion!

Nach Untersuchung durch die Schulärztin/
den Schularzt ist die angeführte Erleichterung
notwendig. Es wird gebeten, dem Antrag statt-
zugeben.

Die Schulärztin/Der Schularzt:

Nr.: Klasse:

Name:

Befreiung Schonung

Im Gegenstand:

von bis

Bemerkungen:

Datum:

An die Direktion!

Nach Untersuchung durch die Schulärztin/
den Schularzt ist die angeführte Erleichterung
notwendig. Es wird gebeten, dem Antrag statt-
zugeben.

Die Schulärztin/Der Schularzt:

Nr.: Klasse:

Name:

Befreiung Schonung

Im Gegenstand:

von bis

Bemerkungen:

Datum:

An die Direktion!

Nach Untersuchung durch die Schulärztin/
den Schularzt ist die angeführte Erleichterung
notwendig. Es wird gebeten, dem Antrag statt-
zugeben.

Die Schulärztin/Der Schularzt: