

Krankheitsanzeige/Krankheitsbestätigung

Name: _____ Vorname: _____ Klasse: _____

Am: _____ . _____ 20 _____ ggf. ab (Uhrzeit) _____ . _____ Uhr

Vom: _____ . _____ bis _____ . _____ 20 _____ (_____ Unterrichtstage)

Unterschrift einer/s Erziehungsberechtigten oder der/s volljährigen Schülerin/Schülers

Bei Erkrankungen ist ab dem 4. Krankheitstag ein ärztliches Attest vorzulegen.
