

OBERSCHULE DINKLAGE

Oberschule Dinklage - Kösters Gang 11 - 49413 Dinklage
Postfach 13 69 – 49409 Dinklage
Telefon 04443/899-60 - Schulzentrum -
Telefax: 04443/899-63



Antrag auf Befreiung vom Unterricht – Arztbesuch

Hiermit beantrage ich, dass mein Kind _____, Klasse _____,
infolge eines Arztbesuchs vom Unterricht befreit wird.

Tag des Arzttermins: _____ Ort des Arzttermins: _____

Beginn des Arzttermins: _____ Uhr

Zeitraum für Befreiung: _____ Stunde bis _____ Stunde O ganzer Schultag

ggfs. Begründung:

Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass Ihr Kind vor und nach einem Facharztbesuch am Unterricht teilnehmen muss.
Lassen Sie sich von der Arztpraxis bestätigen, in welchem Zeitraum Ihr Kind in Behandlung war.

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Genehmigung: ja nein

Zeitraum der Genehmigung: _____ Stunde bis _____ Stunde O ganzer Schultag

Begründung:

Datum

Unterschrift