

# Abwesenheitsmeldung

(bei geplanten Arztterminen und medizinischen Behandlungen)

Name	Vorname	Klasse
	Geburtsdatum	

Grund der Abwesenheit
-----------------------

Zeitraum der Abwesenheit	Anzahl der betroffenen Schultage
--------------------------	----------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift Schüler*in/Erziehungsberechtigte*r
------------	-------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> Klassenarbeiten während der Abwesenheit <input type="checkbox"/> wird nachgeholt <input type="checkbox"/> wird vorgeholt <input type="checkbox"/> sonstige Regelung <input type="checkbox"/> wird nachgeholt <input type="checkbox"/> wird vorgeholt <input type="checkbox"/> sonstige Regelung <input type="checkbox"/> wird nachgeholt <input type="checkbox"/> wird vorgeholt <input type="checkbox"/> sonstige Regelung	Unterschrift Fachlehrer*in
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

Datum, Kenntnisnahme Klassenlehrer*in
---------------------------------------

**bei Abwesenheiten von mehr als einem Tag bitte ärztliche Bescheinigung beilegen**

1 Kopie an Schüler\*in

Original an Klassenlehrer\*in zur Ablage