



Antrag auf Befreiung vom Unterricht

Ich / Wir bitten um Befreiung vom Unterricht für

_____, Klasse _____

für die Zeit ab / bis _____.

Begründung: _____

Die schulärztliche Bescheinigung liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift eines/der Erziehungsberechtigten

Entscheidung der Schulleitung:

Ort, Datum

Unterschrift Schulleitung

VON-LERCHENFELD-SCHULE | Oberer Stephansberg 44 | 96049 Bamberg | Tel.: (09 51) 50 55 62
Fax: (09 51) 50 55 61 | E-Mail: sekretariat.vls@bildungszentrum-bamberg.de | www.von-lerchenfeld-schule.de
Träger: Katholisches Bildungszentrum am Oberen Stephansberg Bamberg e.V.



Antrag auf Befreiung vom Unterricht

Ich / Wir bitten um Befreiung vom Unterricht für

_____, Klasse _____

für die Zeit ab / bis _____.

Begründung: _____

Die schulärztliche Bescheinigung liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift eines/der Erziehungsberechtigten

Entscheidung der Schulleitung:

Ort, Datum

Unterschrift Schulleitung

VON-LERCHENFELD-SCHULE | Oberer Stephansberg 44 | 96049 Bamberg | Tel.: (09 51) 50 55 62
Fax: (09 51) 50 55 61 | E-Mail: sekretariat.vls@bildungszentrum-bamberg.de | www.von-lerchenfeld-schule.de
Träger: Katholisches Bildungszentrum am Oberen Stephansberg Bamberg e.V.