

**Eingangsdatum:**

# Antrag auf Befreiung vom Unterricht

Kopie ausgehändigt:

Genehmigte Befreiungen werden im Klassenbuch abgelegt. Ein Rückruf erfolgt nicht.

**Nach Genehmigung des Termins bittet die Schulleitung die Arztpraxis um umseitigen Stempel und Unterschrift.**

**Hiermit bitte ich um Befreiung der Schülerin / des Schülers**

.....  
(Name)

.....  
(Vorname)

**Klasse/Kurs** .....

**Klassenleiterin /Klassenleiter** .....

(Name der Lehrkraft)

**am** .....

**vom** ..... **bis** .....

**vom Unterricht bzw. von sonstigen verbindlichen Schulveranstaltungen.**

**Für den Zeitraum der Befreiung ist eine Schulaufgabe /Klausur angesetzt**  **ja**  **nein**

**Grund:** .....

.....  
**Als Erziehungsberechtigter übernehme ich die Verantwortung, dass der versäumte Unterrichtsstoff selbstständig nachgeholt wird.**

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten  
bzw. der volljährigen Schülerin / des volljährigen Schülers)