

# Johann-Sebastian-Bach-Gymnasium Windsbach

## Unterrichtsbefreiung



Name des Schülers/der Schülerin \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_ Klassenleiter/in \_\_\_\_\_  
am \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

- Grund:  Kopfschmerzen/Erkältung  Übelkeit/Bauchschmerzen
- Arzttermin: .....
- .....

- Mit der Unterrichtsbefreiung wird kein angekündigter Leistungsnachweis versäumt.
- Mit dieser Unterrichtsbefreiung wird ein angekündigter Leistungsnachweis versäumt.
- Arztbesuchsbescheinigung erforderlich

Windsbach, den .....20.....

.....  
(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten/vollj. Schüler)

.....  
(Unterschrift der Schulleitung)

# Johann-Sebastian-Bach-Gymnasium Windsbach

## Unterrichtsbefreiung



Name des Schülers/der Schülerin \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_ Klassenleiter/in \_\_\_\_\_  
am \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

- Grund:  Kopfschmerzen/Erkältung  Übelkeit/Bauchschmerzen
- Arzttermin: .....
- .....

- Mit der Unterrichtsbefreiung wird kein angekündigter Leistungsnachweis versäumt.
- Mit dieser Unterrichtsbefreiung wird ein angekündigter Leistungsnachweis versäumt.
- Arztbesuchsbescheinigung erforderlich

Windsbach, den .....20.....

.....  
(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten/vollj. Schüler)

.....  
(Unterschrift der Schulleitung)