

Antrag auf Befreiung vom Unterricht wegen
Teilnahme an therapeutischen Behandlungen

Name		Geschlecht O m. O w.
Vorname	Geburtsdatum	Erstsprache Deutsch O ja O nein
Anschrift		
Anlass des Antrags:		
<input type="radio"/> Autismustherapie		<input type="radio"/> Ergotherapie
<input type="radio"/> Psychotherapie		<input type="radio"/> sonstige therapeutische Maßnahme:
<input type="radio"/> therapeutische Gruppe		_____
Zeitraum:		
Tag:		Uhrzeit:
Betroffene Unterrichtsfächer:		
_____ _____		
Ort, Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	
_____ _____		
Ort, Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	
Bestätigung der therapeutischen Praxis		
Die Behandlung des o.g. Patienten findet regelmäßig statt am (Wochen- tag) _____, um _____ Uhr.		
Ein anderer Termin ist zur Zeit nicht möglich.		
_____ _____		
Ort, Datum	Unterschrift, Stempel Praxis	

Stellungnahme der Klassenleitung:

Ort, Datum

Unterschrift Klassenleitung

Stellungnahme der Schulleitung

O genehmigt bis

O nicht genehmigt, weil

Ort, Datum

Unterschrift Schulleitung

Genehmigung: schriftliche Mitteilung an die Erziehungsberechtigten am:

Genehmigung erteilt bis: