|  |
| --- |
| **Entschuldigung an den Klassenlehrer**Name des Schülers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_Fehltag am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fehltage vom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(bei über 3 Tagen Krankheit bitte eine ärztliche Bescheinigung vorlegen)Grund:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ort, Datum Unterschrift Eltern |

|  |
| --- |
| **Entschuldigung an den Klassenlehrer**Name des Schülers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_Fehltag am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fehltage vom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(bei über 3 Tagen Krankheit bitte eine ärztliche Bescheinigung vorlegen)Grund:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ort, Datum Unterschrift Eltern |

|  |
| --- |
| **Entschuldigung an den Klassenlehrer**Name des Schülers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_Fehltag am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fehltage vom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(bei über 3 Tagen Krankheit bitte eine ärztliche Bescheinigung vorlegen)Grund:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ort, Datum Unterschrift Eltern |