

# ENTSCULDIGUNGSFORMULAR

FEHLZEITENERFASSUNG LK \_\_\_\_\_

TUTOR \*IN: \_\_\_\_\_

|  |  |                |                                 |
|--|--|----------------|---------------------------------|
| Name, Vorname                            | <b>A) Tag(e)</b>                                 | vom            | bis                             |
| <b>Zeitraum des Fehlens:</b>             |  |                |                                 |
| <b>B) Stunden</b>                        |  |                |                                 |
| <b>Zeitraum des Fehlens:</b>             | <input type="checkbox"/> Block 1 (1.+2. Stunde)  | Fach: _____    |                                 |
|  | <input type="checkbox"/> Block 2 (3.+4. Stunde)  | Fach: _____    |                                 |
|  | <input type="checkbox"/> Block 3 (5.+6. Stunde)  | Fach: _____    |                                 |
| Tag: _____                               | <input type="checkbox"/> Block 4 (7.+8. Stunde)  | Fach: _____    |                                 |
|  | <input type="checkbox"/> Block 5 (9.+10. Stunde) | Fach: _____    |                                 |
| <b>Grund des Fehlens:</b>                |  |                |                                 |
| <input type="checkbox"/> Krankheit       |  |                |                                 |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe |  |                |                                 |
| Datum                                    | Unterschrift des Erziehungsberechtigten          | Datum          | Unterschrift Schülerin/ Schüler |
| Anerkannt                                | nicht anerkannt, weil                            | eingegangen am |                                 |

Ärztliche Bescheinigung hier einkleben

Alle abgegebenen Unterlagen (FEZ, Entschuldigungsformular etc.) müssen gelocht sein!!!

Versäumnisse werden mit nicht unter einem selbstgebackenen Kuchen bestraft.

|  |          |
|--|----------|
|  | $\Sigma$ |
|  | Tage     |
|  | Std.     |

|  |                    |
|--|--------------------|
|  | Schüler/<br>Eltern |
|  | Arzt               |
|  | Attest-<br>pflicht |
|  | ue                 |
|  | Versp.             |