Antrag mindestens einen Tag vor dem Termin im Sekretariat unterschrieben vorlegen.

## **Antrag auf Unterrichtsbefreiung**



Ich bitte mich/meinen Sohn/meine Tochter vom Unterricht zu befreien.								
Name, Vorname: Klasse:								
am/\	om (Datum	):		0	ganztägig			
bis e	einschließlic	h:		0	von bis	Unterrichtsstunde		
Grund:  O In diesem Zeitraum findet <b>kein</b> angekündigter Leistungsnachweis statt.								
o in desem Zeitraum indet kem angekundigter Leistungshachweis statt.								
Datum				Unterschrift Erziehungsberechtigte/r / volljähriger Schüler				
Genehmigt durch die Schulleitung:								
0	Ja							
Ο	Nein	Datum:		Schu	ılleitung:			

Antrag mindestens einen Tag vor dem Termin im Sekretariat unterschrieben vorlegen.



Antrag auf Unterrichtsbefreiung  DER ST. JOSEFSKONGREGATION									
Ich bitte mich/meinen Sohn/meine Tochter vom Unterricht zu befreien.									
Name, Vorname: Klasse:									
am/vo	m (Datum)	:	0	ganztägig					
bis ein	ıschließlich	ı:	0	von bis Unterrichtsstunde					
Grund:  O In diesem Zeitraum findet <b>kein</b> angekündigter Leistungsnachweis statt.									
Datum Unters			nterschrift	schrift Erziehungsberechtigte/r / volljähriger Schüler					
Genehmigt durch die Schulleitung:									
0 .	Ja								
0 1	Nein	Datum:	Schu	lleitung:					