**Staatliches Berufliches Schulzentrum Regensburger Land,**

Plattlinger Str. 24, 93055 Regensburg

|  |
| --- |
| Antrag auf Unterrichtsbefreiung |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Der / Die Schüler/in: |  | geb.: | Klasse*:* |
| bittet um Unterrichtsbefreiung am: | , dem |  *,* umUhr |
|  | *Wochentag* |  *Datum* |  *Uhrzeit* |
|  |  |  |  |
| Ist ein Leistungsnachweis geplant? |  | Ja □ | Nein □ |
| **Begründung**: |
|  |
|  |
|  Regensburg ,  |
|  Unterschrift Schüler/in |

Stellungnahme durch Klassenleitung/Lehrkraft

□ befürwortet

□ nicht befürwortet

□ **ärztliches Attest erforderlich** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Unterschrift Klassenleitung/Lehrkraft

**Staatliches Berufliches Schulzentrum Regensburger Land,**

Plattlinger Str. 24, 93055 Regensburg

|  |
| --- |
| Antrag auf Unterrichtsbefreiung |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Der / Die Schüler/in: |  | geb.: | Klasse*:* |
| bittet um Unterrichtsbefreiung am: | , dem |  *,* umUhr |
|  | *Wochentag* |  *Datum* |  *Uhrzeit* |
|  |  |  |  |
| Ist ein Leistungsnachweis geplant? |  | Ja □ | Nein □ |
| **Begründung**: |
|  |
|  |
|  Regensburg ,  |
|  Unterschrift Schüler/in |

Stellungnahme durch Klassenleitung/Lehrkraft

□ befürwortet

□ nicht befürwortet

□ **ärztliches Attest erforderlich** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Unterschrift Klassenleitung/Lehrkraft