

# Berufsschule für Rechts- und Verwaltungsberufe

Astrid-Lindgren-Straße 1

81829 München

Telefon: (089) 233-4 17 50

Telefax: (089) 233-4 17 55



Landeshauptstadt  
München  
**Schul- und  
Kulturreferat**

## Antrag auf Unterrichtsbefreiung wegen Arztbesuches

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_ Klassleitung \_\_\_\_\_

Ich beantrage Befreiung vom Unterricht am \_\_\_\_\_  
(Datum und Uhrzeit)

wegen unaufschiebbarer Behandlung bei

\_\_\_\_\_ (behandelnder Arzt)

\_\_\_\_\_ (Anschrift)

Ein Nachweis des Arztbesuches wird erbracht.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Kenntnisnahme des Betriebes:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

Rückleitung an die Klassenleitung

Zahl der Befreiungen  
in diesem Schuljahr

Schulaufgabe/Extemporale  ja  nein\*)

Stellungnahme der Lehrkraft  ja  nein\*)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Lehrkraft

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen