

# GESCHWISTER - SCHOLL - Gymnasium

Städtisches Gymnasium Münster



Geschwister-Scholl-Gymnasium Von-Humboldt-Str. 14 48159 Münster

Erziehungsberechtigte(r):

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

An die Schulleitung der/des

Schulstempel

Ersuchen um Freistellung vom Unterricht

Ich ersuche die/ den

**SchülerIn:**

Name: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat: \_\_\_\_\_

Standort: \_\_\_\_\_

für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis einschließlich \_\_\_\_\_ vom Unterricht frei zu stellen.

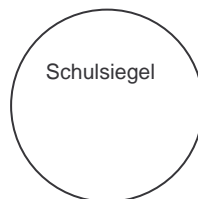
**Begründung:**

.....  
.....

Datum: .....

Unterschrift der/ des Erziehungsberechtigten

Genehmigung am .....



\_\_\_\_\_  
(für die) Schulleitung

G.Z.