

# Unterrichtsbefreiung

.....  
Name d. Erziehungsberechtigten

.....  
Anschrift

.....  
Telefon-Nummer

An das

**BG/BRG Klosterneuburg**

.....  
Ort

.....  
Datum

Ansuchen um (teilweise) Befreiung vom Unterricht  
aus den Gegenständen...

.....  
für...

.....  
Name des Schülers

.....  
Geburtsdatum

.....  
Klasse

Begründung:

.....  
Beantragte Dauer:

.....  
Stellungnahme der/des Schulärztin/  
Schularzt zu Kenntnis genommen:

.....  
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Klbg., am .....

.....  
Mag. Robert Donner