



JACOB-ELLROD-SCHULE

Evang. Ganztagsrealschule Gefrees

Mitteilung der Verhinderung des Schulbesuchs (§ 20 BaySchO) für meine Tochter/meinen Sohn

Name, Vorname: Klasse:

Datum des 1. Abwesenheitstages:

Grund:

Datum der voraussichtlichen Rückkehr in die Schule:

.....
(Ort, Datum)

.....
(Bitte Originalunterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten)

(Bitte übermitteln Sie uns diesen schriftlichen Nachweis innerhalb von zwei Tagen – auch nach telefonischer Entschuldigung – vielen Dank!)

Jacob-Ellrod-Schule

Evang. Ganztagsrealschule Gefrees
Theodor-Heuss-Straße 8
95482 Gefrees

Kontakt

Tel. 09254 968-0
Fax. 09254 96833
jes@jesgefrees.de

Sekretariat:

Sandra Rüger
Cathrin Müller