
Freistellungsantrag für Lehrkräfte bei einem Arzttermin

Vor- und Zuname des/der Antragstellers/-in:

.....

Datum der Freistellung:

.....

Betreffende Unterrichtsstunden:

.....

Davon entfallen ersatzlos:

.....

Begründung des Antrages auf Arbeitsbefreiung während der Unterrichtszeit:

Datum, Unterschrift Lehrkraft:

.....

Stellungnahme des/-r Koordinators/-in:

Antrag wird genehmigt

Antrag wird abgelehnt

Begründung der Ablehnung:

Datum, Unterschrift Koordinator/-in:

.....

Stellungnahme des Schulleiters:

Antrag wird genehmigt

Antrag wird abgelehnt

Begründung der Ablehnung:

Datum, Unterschrift Schulleiter:

.....