



Ansuchen auf TURNBEFREIUNG oder SCHONUNG

Befreiung Schonung Attest (Hausarzt, Krankenhaus) beigelegt

Name des Schülers/der Schülerin: _____ Klasse/Jahrgang: _____

Zeitraum der Turnbefreiung: von _____ bis _____

Datum: _____ Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____

Im Falle einer ärztlichen Turnbefreiung entfällt für den/die Schüler/in die Aufsichtspflicht und die Schule übernimmt keine Haftung!

Begründung und Genehmigung durch die Schulärztin/den Schularzt:

Datum: _____ +Unterschrift: _____

GENEHMIGUNG:

Datum

KV/JV

BSP-Lehrer/Lehrerin

Direktorin