

## INHALTSVERZEICHNIS

1. Befreiungen – Schonungen
2. Eignungsuntersuchungen
3. Überwachungsschüler/innen
4. Vorsprachen Schüler/innen
5. Vorsprachen Lehrkräfte
6. Sonstiges

Nr.: ..... Klasse: .....

Erhobener Schularztbefund:

Name: .....

Befreiung     Schonung

Im Gegenstand:

.....

von ..... bis .....

Bemerkungen:

Datum:

Die Schulärztin/Der Schularzt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nr.: ..... Klasse: .....

Erhobener Schularztbefund:

Name: .....

Befreiung     Schonung

Im Gegenstand:

.....

von ..... bis .....

Bemerkungen:

Datum:

Die Schulärztin / Der Schularzt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nr.: ..... Klasse: .....

Erhobener Schularztbefund:

Name: .....

Befreiung     Schonung

Im Gegenstand:

.....

von ..... bis .....

Bemerkungen:

Datum:

Die Schulärztin / Der Schularzt:

Nr.: ..... Klasse: .....

Name: .....

Befreiung     Schonung

Im Gegenstand:

.....

von ..... bis .....

Bemerkungen:

Datum:

\_\_\_\_\_

An die Direktion!

Nach Untersuchung durch die  
Schulärztin / den Schularzt ist  
die angeführte Erleichterung  
notwendig. Es wird gebeten,  
dem Antrag stattzugeben.

Die Schulärztin / Der Schularzt:

\_\_\_\_\_

Nr.: ..... Klasse: .....

Name: .....

.....

Befreiung     Schonung

Im Gegenstand:

.....

von ..... bis .....

Bemerkungen:

Datum:

\_\_\_\_\_

An die Direktion!

Nach Untersuchung durch die  
Schulärztin / den Schularzt ist  
die angeführte Erleichterung  
notwendig. Es wird gebeten,  
dem Antrag stattzugeben.

Die Schulärztin / Der Schularzt:

\_\_\_\_\_

Nr.: ..... Klasse: .....

Name: .....

Befreiung     Schonung

Im Gegenstand:

.....

von ..... bis .....

Bemerkungen:

Datum:

\_\_\_\_\_

An die Direktion!

Nach Untersuchung durch die  
Schulärztin / den Schularzt ist  
die angeführte Erleichterung  
notwendig. Es wird gebeten,  
dem Antrag stattzugeben.

Die Schulärztin / Der Schularzt:

\_\_\_\_\_

# Eignungsuntersuchung

Klasse: ..... Datum der Untersuchung: .....

Schulveranstaltung: .....

Anzahl d. Schüler/innen laut Teilnehmer/innenliste: .....

Abwesende Schüler/innen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Nachstehend angeführte Schüler/innen sind aus gesundheitlichen Gründen für eine Teilnahme an der Veranstaltung nicht geeignet.

Name: .....

Grund: .....

.....  
.....  
.....  
.....

Bemerkungen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Die Schulärztin / Der Schularzt:













SONSTIGES