

An die
Grundschule Scheyern
Hochstraße 19 85298 Scheyern
Telefon 08441 – 800 98 0



KRANKHEITSANZEIGE

Mein Kind _____
(Vorname, Name) (Klasse)

kann/konnte am _____ (bei einem Fehltag)
(Datum)

kann/konnte vom _____ bis _____ (bei zwei oder mehr Fehltagen)
(Datum) (Datum)

wegen _____ die Schule nicht besuchen.
(Art der Erkrankung)

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

An die
Grundschule Scheyern
Hochstraße 19 85298 Scheyern
Telefon 08441 – 800 98 0



KRANKHEITSANZEIGE

Mein Kind _____
(Vorname, Name) (Klasse)

kann/konnte am _____ (bei einem Fehltag)
(Datum)

kann/konnte vom _____ bis _____ (bei zwei oder mehr Fehltagen)
(Datum) (Datum)

wegen _____ die Schule nicht besuchen.
(Art der Erkrankung)

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)