

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)