

_____	_____
Name des Erziehungsberechtigten	Vorname
_____	_____
Straße	PLZ, Ort
_____	_____
Telefonnummer	E-Mail

Antrag auf Sonderunterricht

Richtlinien für Unterricht und Erziehung kranker Schülerinnen und Schüler

Erlass III A.1- 170.000.061-21- vom 08.10.2021

Ich beantrage für mein Kind _____, geb. am _____
 Schüler/in der _____, Klasse _____ Sonderunterricht.

 Ort/Datum

 Unterschrift

Bescheinigung des behandelnden Arztes

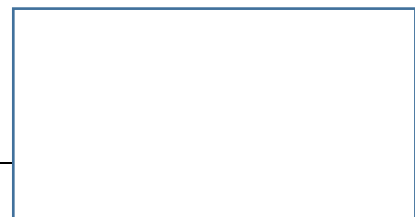
Die Schülerin/ Der Schüler _____ ist seit _____
 erkrankt und schulbesuchsunfähig.

Die Schulbesuchsunfähigkeit wird voraussichtlich andauern bis zum _____.

Dem Sonderunterricht wird ärztlicherseits zugestimmt. Es sollten wöchentlich nicht mehr als
 _____ Stunden unterrichtet werden.¹

 Ort/Datum

 Unterschrift



¹ Eine Gewährung von maximal 8 Wochenstunden ist möglich (VOSB § 29, Abs. 1)