

Absender:

An

Name der Schule

Anschrift der Schule

PLZ Stadt der Schule

**Antrag auf häuslichen Sonderunterricht nach §29 VOSB
Verordnung über Unterricht, Erziehung und sonderpädagogische Förderung von Schülerinnen und
Schülern mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen (VOSB) vom 15.05.2012**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage für mein Kind _____ geboren am _____
Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

Schüler*in der/des _____ Klasse _____
Name der Schule Klasse des Kindes

für die Zeit vom _____ bis _____
von Datum bis Datum

häuslichen Sonderunterricht.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte

Bescheinigung des behandelnden Arztes

Name des Arztes

Anschrift der Arztpraxis

PLZ Stadt der Arztpraxis

Die/der Schüler*in _____ geboren am _____
Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

ist erkrankt und kann nicht am Unterricht teilnehmen.

Die Schulbesuchsunfähigkeit wird voraussichtlich andauern bis zum _____
Datum eintragen

Der Erteilung des häuslichen Sonderunterrichts wird ärztlicherseits zugestimmt.

Es sollten wöchentlich nicht mehr als _____ Stunden unterrichtet werden.
Anzahl Wochenstunden

Ort, Datum

Unterschrift behandelnder Arzt



Stempel der Arztpraxis