

An den/die
Schularzt/Schulärztin des
BG/BRG/BORG KÖFLACH
8580 Köflach, Piberstraße 15

TURNBEFREIUNGSANTRAG

Name der Schülerin/des Schülers:.....

Klasse:

Schuljahr :

Art der Befreiung im Gegenstand Bewegung und Sport :

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

1.	Volle Befreiung	<input type="checkbox"/>
2.	Befreiung vom Schwimmunterricht	<input type="checkbox"/>
3.	Nur Schwimmen erlaubt	<input type="checkbox"/>
4.	Schonung	<input type="checkbox"/>

Dauer der Befreiung:

Grund:

Der Schülerin/dem Schüler wurde bereits für die Zeit vonbis
eine Befreiung bzw. Schonung gewährt.

Ärztliches Attest muss beigelegt werden!

.....

Datum

.....

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten