

Oberschule Bischofswerda
Kirchstraße 29
01877 Bischofswerda
Tel.: 03594 / 7173220
Mail: oberschule@bischofswerda.de

Antrag auf Sportbefreiung (ohne Ärztliches Attest)¹

Name des Kindes: _____

Klasse: _____

kann am: _____

aufgrund von: _____

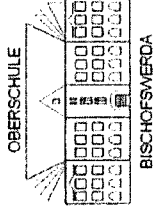
nicht am Sportunterricht teilnehmen!

Datum: _____

Unterschrift: _____
des Personensorgeberechtigten

¹ **Achtung:**

Dauert die Krankheit/der Grund der Sportbefreiung länger als 1 Woche an, so ist ein Ärztliches Attest vorzulegen.



Oberschule Bischofswerda
Kirchstraße 29
01877 Bischofswerda
Tel.: 03594 / 7173220
Mail: oberschule@bischofswerda.de

Antrag auf Sportbefreiung (ohne Ärztliches Attest)¹

Name des Kindes: _____

Klasse: _____

kann am: _____

aufgrund von: _____

nicht am Sportunterricht teilnehmen!

Datum: _____

Unterschrift: _____
des Personensorgeberechtigten

¹ **Achtung:**

Dauert die Krankheit/der Grund der Sportbefreiung länger als 1 Woche an, so ist ein Ärztliches Attest vorzulegen.