

LVR-Schule am Volksgarten · Brinckmannstraße 8–10 · 40225 Düsseldorf

Antrag auf Befreiung vom Unterricht für schulexterne therapeutische Behandlungen

Vorname und Nachname (Erziehungsberechtigte): _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Vorname und Nachname (Kind): _____

Geburtsdatum: _____

Besuchte Klasse: _____

Betroffene Unterrichtsfächer: _____

Anlass des Antrags

☐ Physiotherapie

☐ Ergotherapie

☐ Logopädie

☐ Psychotherapie

☐ sonstige therapeutische Maßnahme: _____

Termin in der Praxis (Wochentag/Uhrzeit): _____

Abhol- / Bringzeit zur Schule: _____

Zeitraum, für den eine Beurlaubung beantragt wird (von/bis): _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift (Erziehungsberechtigte): _____

Bestätigung der therapeutischen Praxis

Die Behandlung der*des o. g. Patient*in findet regelmäßig statt am:

Wochentag: _____

Uhrzeit (von/bis): _____

Ein anderer Termin ist zurzeit nicht möglich.

Ort, Datum: _____

Unterschrift, Stempel (Praxis): _____

Stellungnahme der Klassenleitung

Ort, Datum: _____

Unterschrift (Klassenleitung): _____

Genehmigung Schulleitung

☐ Genehmigung erteilt bis: _____

☐ nicht genehmigt, weil: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift (Schulleitung): _____