

Wichernschule
Städt. Gemeinschaftsgrundschule mit Montessorischwerpunkt
Brorsstr. 5
40627 Düsseldorf
Tel.: 0211 925 34 01
Fax: 0211 925 23 53

Datum: _____

Antrag auf Beurlaubung von der Teilnahme an der OGS

Familienname und Vorname der Schülerin/des Schülers:	Klasse:	
--	---------	--

Teilnahme an einer Therapie

Dauer der Therapie von	bis	Wochentag: Uhrzeit:
Schriftlicher Beleg siehe Anlage		

muttersprachlicher Unterricht

Ort:	Wochentag: Uhrzeit:
------	------------------------

sonstiger wichtiger Grund

Grund:	Datum: Uhrzeit:
--------	--------------------

Stellungnahme der Schulleitung /OGS

Antrag wird befürwortet:

Antrag wird abgelehnt

Begründung (bei Ablehnung)

--

(K. Fust-Sticherling) Rektorin