



# LEIBNIZ-GYMNASIUM, ALTDORF

## Krankheitsanzeige

bitte **spätestens** am zweiten Tag nach der Erkrankung einreichen!

Die Schülerin / Der Schüler \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
*Vor- und Zuname* *Klasse*

ist seit \_\_\_\_\_

war am/vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

erkrankt und kann/konnte deshalb den Unterricht nicht besuchen.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift eines Erziehungsberechtigten oder des/der volljährigen Schülers/Schülerin*

Fischbacher Str. 23, 90518 Altdorf - Tel.: 09187-409150 - Fax: 09187-4091515 E-Mail: [verwaltung@leibniz-gymnasium-altdorf.de](mailto:verwaltung@leibniz-gymnasium-altdorf.de)



# LEIBNIZ-GYMNASIUM, ALTDORF

## Krankheitsanzeige

bitte **spätestens** am zweiten Tag nach der Erkrankung einreichen!

Die Schülerin / Der Schüler \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
*Vor- und Zuname* *Klasse*

ist seit \_\_\_\_\_

war am/vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

erkrankt und kann/konnte deshalb den Unterricht nicht besuchen.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift eines Erziehungsberechtigten oder des/der volljährigen Schülers/Schülerin*

Fischbacher Str. 23, 90518 Altdorf - Tel.: 09187-409150 - Fax: 09187-4091515 E-Mail: [verwaltung@leibniz-gymnasium-altdorf.de](mailto:verwaltung@leibniz-gymnasium-altdorf.de)



# LEIBNIZ-GYMNASIUM, ALTDORF

## Krankheitsanzeige

bitte **spätestens** am zweiten Tag nach der Erkrankung einreichen!

Die Schülerin / Der Schüler \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
*Vor- und Zuname* *Klasse*

ist seit \_\_\_\_\_

war am/vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

erkrankt und kann/konnte deshalb den Unterricht nicht besuchen.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift eines Erziehungsberechtigten oder des/der volljährigen Schülers/Schülerin*

Fischbacher Str. 23, 90518 Altdorf - Tel.: 09187-409150 - Fax: 09187-4091515 E-Mail: [verwaltung@leibniz-gymnasium-altdorf.de](mailto:verwaltung@leibniz-gymnasium-altdorf.de)



# LEIBNIZ-GYMNASIUM, ALTDORF

## Krankheitsanzeige

bitte **spätestens** am zweiten Tag nach der Erkrankung einreichen!

Die Schülerin / Der Schüler \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
*Vor- und Zuname* *Klasse*

ist seit \_\_\_\_\_

war am/vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

erkrankt und kann/konnte deshalb den Unterricht nicht besuchen.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift eines Erziehungsberechtigten oder des/der volljährigen Schülers/Schülerin*

Fischbacher Str. 23, 90518 Altdorf - Tel.: 09187-409150 - Fax: 09187-4091515 E-Mail: [verwaltung@leibniz-gymnasium-altdorf.de](mailto:verwaltung@leibniz-gymnasium-altdorf.de)