

Bitte Zutreffendes ankreuzen und Angaben ergänzen:

<input type="checkbox"/> Berufsschule (BS)		<input type="checkbox"/> Wirtschaftsschule (WS)	
SchülerIn:			
Klasse:	Fehltag am:		
KlassenleiterIn:	<input type="checkbox"/> ganztägig <input type="checkbox"/> teilweise (Uhrzeit von bis)		
	Fehltage vom bis		
Grund: <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> betriebsbedingt (BS):			
Bestätigung bei Arztbesuch		lege ich bei: <input type="checkbox"/>	
Sonstige Bestätigung		lege ich bei: <input type="checkbox"/>	
Ort: Datum:		Ort: Datum:	
Unterschrift volljährige/r SchülerIn		Unterschrift Erziehungsberechtigte/r	
Ort: Datum:			
BS: Kenntnisnahme Ausbildungsbetrieb mit Stempel und Unterschrift			