



## Befreiung von der OGTS

Hiermit beantrage/n ich/wir die Befreiung meines/r unseres/er Sohnes/Tochter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

von der OGTS am \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_ Uhr.

Grund:                     Arztbesuch  
                               sonstige Gründe (bitte angeben)

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

genehmigt             nicht genehmigt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift OGTS-Leitung

genehmigt             nicht genehmigt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schulleitung