

An
Käthe – Kollwitz – Schule
Georg – Voigt – Straße 2
35039 Marburg/L.
Fax: 06421 / 68585117
z.Hd. von:

Datum:.....

Frau:.....Herr:.....
Klassenlehrer/in der Klasse:.....

Bescheinigung

Sehr geehrte Frau/ Herr _____

hiermit bestätigen wir, dass unser/e Auszubildender / Auszubildende

für die Zeit von:.....bis:.....

aus

☐ **folgenden, zwingenden betrieblichen Gründen**

☐ _____
☐ _____
☐ _____

☐ **gesundheitlichen Gründen*** nicht am Unterricht teilnehmen konnte.

Wir bitten um Ihr Verständnis und haben davon Kenntnis, dass der versäumte Unterrichtsstoff selbstständig nachzuholen ist.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage: * Kopie der ärztlichen Bescheinigung

An
Käthe – Kollwitz – Schule
Georg – Voigt – Straße 2
35039 Marburg/L.
Fax: 06421 / 68585117

Datum:.....

z.Hd. von:

Frau:.....Herr:.....

Klassenlehrer/in der Klasse:.....

Bescheinigung

Sehr geehrte Frau/ Herr _____

hiermit bestätigen wir, dass unser/e Auszubildender / Auszubildende

für die Zeit von:.....bis:.....

aus

☐ **folgenden, zwingenden betrieblichen Gründen**

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ **gesundheitlichen Gründen*** nicht am Unterricht teilnehmen konnte.

Wir bitten um Ihr Verständnis und haben davon Kenntnis, dass der versäumte Unterrichtsstoff selbstständig nachzuholen ist.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage: * Kopie der ärztlichen Bescheinigung