

Adresse Ingolstädter Straße 7
92339 Beilngries
Telefon 08461 605077
Telefax 08461 605078
E-Mail info@ms-beilngries.de
Homepage www.mittelschule-beilngries.de



Krankheitsbestätigung

Mein Sohn/ meine Tochter _____ Klasse _____

konnte am _____
Wochentag/Datum/ ab Stunde

den Unterricht wegen _____ nicht besuchen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Bitte geben Sie Ihrem Kind, wenn es die Schule wieder besuchen kann, diese Bestätigung für die
Unterlagen des Klassenleiters/der Klassenleiterin mit.

Adresse Ingolstädter Straße 7
92339 Beilngries
Telefon 08461 605077
Telefax 08461 605078
E-Mail info@ms-beilngries.de
Homepage www.mittelschule-beilngries.de



Krankheitsbestätigung

Mein Sohn/ meine Tochter _____ Klasse _____

konnte am _____
Wochentag/Datum/ ab Stunde

den Unterricht wegen _____ nicht besuchen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Bitte geben Sie Ihrem Kind, wenn es die Schule wieder besuchen kann, diese Bestätigung für die
Unterlagen des Klassenleiters/der Klassenleiterin mit.