

über die Behandlung der Schülerin/ des Schülers

\_\_\_\_\_  
Vor-Zuname Klasse

am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Datum Uhrzeit Uhrzeit

Die/Der Genannte (bitte ankreuzen)

- war zu dieser Zeit bei mir in Behandlung
- ist zu diesem Zeitpunkt bei mir zur Behandlung angemeldet

Die Behandlung konnte/kann aus zwingenden Gründen **nur in der Unterrichtszeit** durchgeführt werden.

Die Schule bittet Sie im Interesse der Schüler, in Zukunft nach Möglichkeit einen Besuchstermin **außerhalb der Unterrichtszeit** anzusetzen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel