
Ort, Datum

Freiwillige Teilnahme am Unterricht trotz Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Name: Vorname:

Klasse:

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom: bis:

Teilnahme am Unterricht vom: bis:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich freiwillig, trotz Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung am Unterricht mit allen sich daraus ergebenden Pflichten teilnehme.

Unterschrift Schüler/-in: