

Name und Anschrift Antragsteller/Eltern:

Datum: _____

Schulamt für den Kreis Kleve
Nassauerallee 15-23
47533 Kleve

Antrag auf Unterrichtsverkürzung

Sehr geehrte Frau Kamber,

hiermit möchten wir Antrag auf Unterrichtsverkürzung für unser Kind

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

stellen.

Besuchte Schule: LVR-Dietrich-Bonhoeffer-Schule, Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung, Am alten Park 5a, 47551 Bedburg-Hau

Grund der Unterrichtsverkürzung: gesundheitliche Gründe andere Gründe

Beginn der Unterrichtsverkürzung: sobald wie möglich ab _____

Beschulung bis _____ Uhr.

Stellungnahme der Schule ist beigefügt.

Schulärztliche Bescheinigung ist beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift Antragsteller)