

Beurlaubung für therapeutische Maßnahmen für das Schuljahr ____/____

Hiermit bestätige ich als Therapeut/in /Ärztin/Arzt, dass der/die Schüler/in
_____ in unserem Praxis wöchentlich zur
Name des Kindes

Therapie erscheint.

Die Therapie findet _____ von _____ bis _____ statt.
Wochentag Uhrzeit Uhrzeit

Therapiezeitraum (ggf. angeben)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Praxis

Von den Eltern auszufüllen:

Ich möchte mein Kind für den oben genannten Wochentag zur Teilnahme an der benötigten Therapie bereits um _____ Uhr abholen.
Falls die Therapie ausfällt, bin ich darüber informiert, dass mein Kind trotzdem ab der angegebenen Zeit abzuholen ist.

Unterschrift der Erziehungsberechtigten
