



Fehlstundenübersicht

Name: _____

Jahrgangsstufe: _____

Attestpflicht: Testatpflicht:

Woche von bis

Tag	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	
Stunde	Kurs	Lehrer	Kurs	Lehrer	Kurs	Lehrer	Kurs	Lehrer	Kurs	Lehrer
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										

Datum / Gründe für das Fehlen:

_____/_____
 _____/_____

Unterschrift (Eltern bzw. volljährige SchülerIn) _____

Woche von bis

Tag	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	
Stunde	Kurs	Lehrer	Kurs	Lehrer	Kurs	Lehrer	Kurs	Lehrer	Kurs	Lehrer
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										

Datum / Gründe für das Fehlen:

_____/_____
 _____/_____

Unterschrift (Eltern bzw. volljährige SchülerIn) _____