



**PESTALOZZI-
MITTELSCHULE**

SONNENSTR. 27, 63743 ASCHAFFENBURG
TEL.: 06021/970119, FAX: 06021/5818754, MAIL: SEKRETARIAT@PESTALOZZI-HS.DE



Krankmeldung

Mein Kind _____ Klasse _____

konnte vom _____ bis _____

wegen Erkrankung nicht am Unterricht teilnehmen.

Grund: _____

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)



**PESTALOZZI-
MITTELSCHULE**

SONNENSTR. 27, 63743 ASCHAFFENBURG
TEL.: 06021/970119, FAX: 06021/5818754, MAIL: SEKRETARIAT@PESTALOZZI-HS.DE



Krankmeldung

Mein Kind _____ Klasse _____

konnte vom _____ bis _____

wegen Erkrankung nicht am Unterricht teilnehmen.

Grund: _____

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)