



Mittelschule Kapfenberg Stadt
mit Ganztagsform und sportlichen Klassen

Schinitzgasse 15
8605 Kapfenberg

Tel.: 03862/22049
Fax: 03862/22095

ENTSCHULDIGUNG

NACHNAME, Vorname: _____ Klasse: _____

Gefehlt am: _____ Gefehlt von _____ bis _____ (Reguläre Unterrichtszeit).

Anzahl der Fehlstunden: _____

Grund: Krankheit Arzttermin Sonstiges: _____

.....
Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



Mittelschule Kapfenberg Stadt
mit Ganztagsform und sportlichen Klassen

Schinitzgasse 15
8605 Kapfenberg

Tel.: 03862/22049
Fax: 03862/22095

ENTSCHULDIGUNG

NACHNAME, Vorname: _____ Klasse: _____

Gefehlt am: _____ Gefehlt von _____ bis _____ (Reguläre Unterrichtszeit).

Anzahl der Fehlstunden: _____

Grund: Krankheit Arzttermin Sonstiges: _____

.....
Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r