

Name und Anschrift Antragsteller:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

An das  
Private Förderzentrum mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung  
im Caritas-Zentrum St. Vinzenz  
Frühlingstraße 15  
85055 Ingolstadt

**Antrag auf Beurlaubung vom Unterricht (§20 BaySchO / §42 VSO-F) für**

**Name Schüler/in** \_\_\_\_\_

**geb. am** \_\_\_\_\_ **Klasse:** \_\_\_\_\_

**am / vom** \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ **bis** \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**bzw. Uhrzeit ab** \_\_\_\_\_ Uhr **bis** \_\_\_\_\_ Uhr

**Arztbesuch** Planbare Arztbesuche terminieren Sie bitte außerhalb der Schul- und Tagesstättenzeiten. Sollte dies nicht möglich sein, wählen Sie die Termine bitte so, dass Sie Ihren Sohn/Ihre Tochter später in die Schule bringen können oder auch evtl. für den Arztbesuch eher abholen. Bedenken Sie bitte, dass es für Arztbesuche nur in Ausnahmen eine ganztägige Unterrichtsbefreiung gibt. Wir benötigen die Uhrzeiten wg. An-/Abmeldung Mittagessen.

**Kur / Klinik** Eine Bescheinigung/Aufenthaltszusage der Kurklinik, Krankenhaus o. ä. muss hier beigelegt sein.

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

**Rückmeldung von der Schulleitung**  
**nicht abtrennen – Kopien ganzseitig weitergeben!**

Die Befreiung vom Unterricht wie oben aufgeführt

wird genehmigt

wird nicht genehmigt – Grund: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Rainer Grupp, Schulleitung  
Tobias Thalmeier, stellv. Schulleitung