

An die Schulleitung der  
Dr. Albert-Liebmann-Schule  
Schöllkrippener Str. 56  
63768 Hösbach  
Fax: 06021-570688

**Antrag auf Befreiung**  
**vom Unterricht in einzelnen Fächern oder von einer sonstigen**  
**verbindlichen Schulveranstaltung**

<b>Name, Vorname des Kindes:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Klasse:</b>	

Hiermit beantrage ich für unser/mein oben genanntes Kind eine Befreiung vom Unterricht

**im Fach:** \_\_\_\_\_ **in der Zeit von** \_\_\_\_\_ **bis** \_\_\_\_\_

Begründung:
-------------

- Nachweis liegt bei  
 Nachweis wird nachgereicht

---

**Datum, Ort**

**Unterschrift der Erziehungsberechtigten**

-----  
*(Folgender Abschnitt ist von der Schulleitung auszufüllen)*

Dem Antrag auf Unterrichtsbefreiung

- wird stattgegeben.  
 wird nicht stattgegeben.

---

Ort, Datum

Unterschrift der Schulleitung