
Name, Vorname (SchülerIn)

Klasse

Caspar-David-Friedrich-Schule
Alte Hellersdorfer Str. 7
12629 Berlin

Berlin, _____

Antrag auf Sportbefreiung

Sehr geehrte(r) Frau / Herr _____ ,

hiermit beantrage(n) ich / wir die Sportbefreiung unserer Tochter / unseres Sohnes

vom _____ bis _____ laut Empfehlung des behandelnden Arztes.

Hinweis: Eine Freistellung durch die Erziehungsberechtigten ist max. für eine Dauer von zwei aufeinanderfolgenden Wochen möglich. Danach ist ein ärztliches Attest erforderlich.

Bei einer Freistellung vom aktiven Sportunterricht erfolgen in der Regel passive Aufgabenstellungen, die ebenfalls bewertet werden können.

Sportzeug ist aus hygienischen Gründen in jedem Fall zu tragen.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Anlage: ärztliches Attest ab 3. Woche der Befreiung