



An die
GMS Dinkelscherben
Kohlstattstraße 2
86424 Dinkelscherben

Ort und Datum

KRANKMELDUNG

_____ Name des Kindes		_____ Klasse
_____ Tag der Erkrankung	_____ voraussichtliche Dauer	
_____ Krankheit	_____ Unterschrift	

Gemäß §23 VSO ist diese Anzeige der Erkrankung unverzüglich der Schule zuzuleiten.



An die
GMS Dinkelscherben
Kohlstattstraße 2
86424 Dinkelscherben

Ort und Datum

KRANKMELDUNG

_____ Name des Kindes		_____ Klasse
_____ Tag der Erkrankung	_____ voraussichtliche Dauer	
_____ Krankheit	_____ Unterschrift	

Gemäß §23 VSO ist diese Anzeige der Erkrankung unverzüglich der Schule zuzuleiten.