

_____	Bitte ausfüllen.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Antrag zur Freistellung vom Unterricht zur Therapie

Sehr geehrter Herr Heuser,

hiermit beantrage ich die Freistellung meines Kindes _____ (Vor- und Nachname) vom Unterricht zur Durchführung folgender Therapie(n) durch externe Therapeuten.

Die Therapie findet: in der Schule statt
 außerhalb der Schule statt.

Der Antrag bezieht sich auf folgende Therapie(n) (Zutreffendes bitte ankreuzen).

<input type="checkbox"/>	Logopädie	 _____ (Praxis und Therapeut)
<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	 _____ (Praxis und Therapeut)
<input type="checkbox"/>	Krankengymnastik	 _____ (Praxis und Therapeut)
<input type="checkbox"/>	_____	 _____ (Praxis und Therapeut)

Mit freundlichen Grüßen

Ort / Datum

Name einer /-s Erziehungsberechtigten

Anmerkungen:

- Während der Therapiezeiten gilt infolge der Freistellung vom Unterricht **nicht die Schülerunfallversicherung**.
- Die **Dauer der Freistellung** gilt für den Zeitraum der medizinisch-therapeutischen Indikation.
- Die **Dauer der Therapieeinheiten**, sowie die **Anzahl der wöchentlichen Einheiten** sind den Rezepten zu entnehmen.
- Bei Therapien außerhalb der Schule organisieren die Eltern den Schülertransport selbstständig.