Schulstempel

An das

Seminar für Ausbildung und Fortbildung der Lehrkräfte Pforzheim (Grundschule)

Bahnhofstr. 24

75172 Pforzheim

* ERKRANKUNG
* WIEDERAUFNAHME DES DIENSTES

|  |  |
| --- | --- |
| Zu- und Vorname: |  |
| Dienststellung: |  |
| 1. Krankheitstag: |  |
| Voraussichtliche Dauer: |  |
| Ärztliches Attest |  |
| Letzter Krankheitstag |  |
| Wiederaufnahme des Dienstes |  |

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

Datum Unterschrift Schulleiter/in