

Phorms Campus Hamburg
Wendenstr 35-43
20097 Hamburg
T +49 40 325 370 50
F +49 40 325 370 55



KRANKHEITSANZEIGE

Bei Erkrankung, die vermutlich länger als 2 Tage dauert, unverzüglich an die Schule einzusenden,
sonst am folgenden Schulbesuchstag am Empfang vorzulegen!

Der/ die Unterzeichnete zeigt hiermit an, dass der/ die Phorms-Schüler/in

..... Klasse

Name, Vorname

am (bei **einem** Krankheitstag)

von bis (falls Krankheitsende nicht vorhersehbar bitte Rückmeldung vorlegen)

an erkrankt und deshalb
verhindert ist/ war, am Unterricht teilzunehmen.

....., den

Ort Datum

.....
Unterschrift des Sorgeberechtigten/ des volljährigen Schülers

Phorms Campus Hamburg
Wendenstr 35-43
20097 Hamburg
T +49 40 325 370 50
F +49 40 325 370 55



KRANKHEITSANZEIGE

Bei Erkrankung, die vermutlich länger als 2 Tage dauert, unverzüglich an die Schule einzusenden,
sonst am folgenden Schulbesuchstag am Empfang vorzulegen!

Der/ die Unterzeichnete zeigt hiermit an, dass der/ die Phorms-Schüler/in

..... Klasse

Name, Vorname

am (bei **einem** Krankheitstag)

von bis (falls Krankheitsende nicht vorhersehbar bitte Rückmeldung vorlegen)

an erkrankt und deshalb
verhindert ist/ war, am Unterricht teilzunehmen.

....., den

Ort Datum

.....
Unterschrift des Sorgeberechtigten / des volljährigen Schülers