

Kleingruppenschule Kleinandelfingen

Antrag auf Bezug Jokertag(e)

Schuljahr: _____

Name und Vorname Schüler/in: _____

Bezug von: 1 Jokertag 2 Jokertagen

Datum des Bezugs: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift Eltern
oder Erziehungsberechtigte:

✂️

Bestätigung Jokertagbezug (geht zurück an die Eltern)

Schuljahr: _____

Name und Vorname Schüler/in: _____

Bezug von: 1 Jokertag 2 Jokertagen

Datum des Bezugs: _____

Ort und Datum: _____

Jokertag bewilligt, Unterschrift Lehrperson:
