

Schule	
Name/Vorname der Schülerin/des Schülers	Geburtsdatum

## **Befreiung vom Präsenzunterricht auf Grundlage einer risikoerhöhenden Grunderkrankung**

Entsprechend dem am < Datum > vorgelegten ärztlichen Attest von < Name der Ärztin/ des Arztes > vom < Datum des Attests > ist die Schülerin oder der Schüler/ < Name > aus gesundheitlichen Gründen vom Präsenzunterricht befreit.

Aus dem vorgelegten Attest ergibt sich zweifelsfrei, auf welcher Grundlage die ärztliche Diagnose gestellt wurde und aus welchen Gründen die Teilnahme am Präsenzunterricht unzumutbar ist.

Diese Befreiung gilt bis zum < Datum: drei Monate nach Ausstellungsdatum des Attests > und ist danach bei Fortbestehen der Gründe für eine Befreiung gegebenenfalls erneut durch ein aktuelles ärztliches Attest nachzuweisen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betroffene\*r  
[Im Fall minderjähriger Schülerinnen  
und Schüler Unterschrift eines  
Elternteils]

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schulleitung