

Bezug von Jokertagen

Schülerin / Schüler

Vorname	
Name	
Telefonnummer	

Schuleinheit	
Klassenlehrperson	
Klasse / Stufe	

Bezug von Jokertagen

Schuljahr		
Jokertag	1. Jokertag	2. Jokertag
Datum		

Ort / Datum Unterschrift Sorgeberechtigte

Ort / Datum Unterschrift Lehrperson

Bewilligt

Nicht Bewilligt: Begründung: _____

Ort / Datum Unterschrift SL / GSL

Verteiler:

- Original: Akten
- Kopien an: Lehrperson, Schulleiter, Gestuchstellende Person, Wohngruppe