|  |  |
| --- | --- |
| HLW/FW mit Text | Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe  Fachschule für wirtschaftliche Berufe  Grössingstraße 7  8850 Murau  Tel. +43 (0)5/0248-038  Fax. + 43(0)5/0248-038-999  E-Mail: office@hlw-murau.at  www.hlw-murau.at |

**Ansuchen um Turnbefreiung gem. § 11 Abs. 6 SCHUG**

Name der Schülerin /des Schülers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jahrgang / Klasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

An die   
**Direktion der HLW/FW Murau**

Aufgrund der vorliegenden ärztlichen Bestätigung wird um Befreiung von der Teilnahme am Pflichtgegenstand Bewegung und Sport für obengenannte Schülerin / obengenannten Schüler

von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gebeten.

Unterschrift d. Schülerin / Schülers Unterschrift des Erziehungsberechtigten

**Ärztliche Bestätigung**

Die erbetene Turnbefreiung ist gesundheitlich begründet. Die Diagnose liegt im Schularztbuch unter der Nummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ auf.

Unterschrift des Schularztes

Langstempel der Schule Eingangsdatum

Zahl: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Obiges Ansuchen wird genehmigt.

Unterschrift des Schulleiters

Jahrgangs- / Klassenvorstand: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Unter Zl.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wurde die Schülerin / der Schüler \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ von der Teilnahme am Pflichtgegenstand Bewegung und Sport befreit. Die Befreiung ist der Schülerin / dem Schüler mitzuteilen und im Hauptkatalog einzutragen  
  
Lehrer für den Gegenstand BESP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_