



**Bildungs- und Beratungszentrum
Pädagogik bei Krankheit / Autismus**

Von-Essen-Straße 82-84
22081 Hamburg

Tel: 040 – 42863 - 4962

Fax: 040 – 42731 - 3581

Antrag auf Mobilen Unterricht

Hiermit beantrage ich Mobilen Unterricht für meine Tochter / meinen Sohn

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Tel: _____ Handy: _____

Eltern / Erziehungsberechtigte: _____

Anschrift / Tel. (falls abweichend): _____

Schule: _____ Klasse: _____

Klassenlehrer/in: _____ Abteilungsleitung: _____

Ansprechpartner ReBBZ: _____

Er / sie wird voraussichtlich noch _____ Wochen / Monate nicht am Klassenunterricht teilnehmen können.

Ein **fachärztliches Attest** über die Notwendigkeit des Mobilen Unterrichts liegt bei.

Meine Tochter / mein Sohn wird von _____ ärztlich / therapeutisch betreut.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Stellungnahme der Schulleitung

Datum / Unterschrift / Schulstempel