Gymnasium Steglitz
Heesestraße 15
12169 Berlin
Tel. 9395 1937/Fax 9395 1939

Eingangsstempel

Name: _____ Sem: ____ Tutor/in: _____

Datum	Wochentag	Fehlzeit	Kursleiter/in(nen)	Klausur versäumt?	Grund des Fehlens
		o ganzer Tag o Einzelstunde(n) ___. Std. ggf. bis ___. Std.	_____ _____ _____ _____	o nein o ja, im Fach _____ bei Lehrkraft _____	

_____ _____

Datum, Unterschrift Schüler/in Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)