



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
		<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Einzelstunde(n) ____ Std. ggf. bis ____ Std.	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, im Fach _____ bei Lehrkraft _____	

nur bei volljährigen Schülern

_____ Datum

_____ Unterschrift Schüler/in