



**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