Fehlzeitenübersicht

Name des Schülers/ der Schülerin: ________________________________

Name des Tutors/ der Tutorin: ________________________________

Schuljahr: ________________________________

Monat: ________________________________

Datum	**Unterrichts-stunden**	**Fächer**	**Grund**	**Unterschrift Tutor**	**Unterschrift Fachlehrer**

Gymnasium Bleckede
Nindorfer Moorweg 2a
21354 Bleckede

www.gym-bleckede.de
gymnasium.bleckede@landkreis-lueneburg.de

Tel.: 05852 4889-720