



**Ausbildungsbetrieb**

---

---

---

---

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Bestätigung über Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung**

Schüler/-in: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung liegt vor:

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Bemerkung:

---

---

Es wird bestätigt, dass für den o. g. Zeitraum eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift - Ausbildungsbetrieb