

Name, Vorname: _____
Straße Hausnummer: _____
PLZ Ort: _____
Studiengang: _____
Matrikelnummer: _____
Abschluss: Diplom Bachelor Master
Telefon: _____
E-Mail: _____

Prüfungszeitraum (Monat/Jahr): _____ - **Krankmeldung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wegen Krankheit kann ich an folgenden Prüfungen nicht teilnehmen:

Prüfung: _____ Prüfungsnummer: _____ Datum: _____

Prüfung: _____ Prüfungsnummer: _____ Datum: _____

Prüfung: _____ Prüfungsnummer: _____ Datum: _____

Prüfung: _____ Prüfungsnummer: _____ Datum: _____

Prüfung: _____ Prüfungsnummer: _____ Datum: _____

Prüfung: _____ Prüfungsnummer: _____ Datum: _____

Prüfung: _____ Prüfungsnummer: _____ Datum: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage

1 ärztliches Attest

im PC erfasst
am:

von: