

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort

An die  
Leibnizschule Wiesbaden  
Zietenring 9  
65195 Wiesbaden

### **Erlaubnis, das Schulgelände nach der 6. Stunde zu verlassen**

Hiermit erlaube ich meinem Sohn/ meiner Tochter

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Klasse

\_\_\_\_\_  
Klassenleitung

an folgenden Tagen:

- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag

das Schulgelände nach der 6. Stunde auf meine Verantwortung zu verlassen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Zur Kenntnis genommen:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Klassenleiter-s/-in