Schulstempel

Antrag auf

# 

Zurückstellung vom Schulbesuch

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname des Kindes | | | | |
| Geburtsdatum | Geburtsort/Kreis | Staatsangeh | Rel. | KiGa |

|  |
| --- |
| Name eines/der Erziehungsberechtigten |
| Wohnung eines/der Erziehungsberechtigten Telefon |

Antrag

eines Erziehungsberechtigten  der Schulleitung

Ich bitte mein Kind um 1 Jahr vom Schulbesuch Wir beantragen die Zurückstellung um 1 Jahr

zurückzustellen

|  |
| --- |
| Begründung |

Von den rechtlichen Grundlagen habe ich Kenntnis genommen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Datum, Unterschrift Schulleitung

## Ergebnis pädagogisch-psychologische Prüfung

Vorinformation:  Ärzte  Therapeuten  Frühförderung  SPZ  Kindergarten  
KooperationslehrerIn  andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Berichte:  ja  nein

Das Kind ist  schulfähig  bedingt schulfähig  nicht schulfähig

## Gutachten des Gesundheitsamtes ja nein

(Anlage bzw. Datum der Untersuchung / Name des Kindergartens )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Schulleitung

## Erledigung durch die Schule

Nach erfolgter Elternbenachrichtigung sind Antrag, evtl. Testunterlagen, evtl. Anlagen des Gesundheitsamtes zu den Akten der Schule zu nehmen, AZ 411.1.

Bescheid an Erziehungsberechtige/n übersandt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift