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