Antrag auf Zurückstellung vom Schulbesuch

Name, Vorname des Kindes		
Geburtsdatum	Geburtsort/Kreis	KiGa
Namen der Erziehungsberechtigten		
Adresse der Erziehungsberechtigten		Telefon

Antrag

☐ der Erziehungsberechtigten

Wir bitten unser Kind um 1 Jahr vom Schulbesuch zurückzustellen

☐ der Schulleitung

Ich beantrage die Zurückstellung um 1 Jahr

Begründung:

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Datum, Unterschrift Schulleitung

Ergebnis pädagogisch-psychologische Prüfung

Vorinformation: ☐ Ärzte ☐ Therapeuten ☐ Frühförderung ☐ SPZ ☐ Kindergarten
☐ Kooperationslehrer/-in ☐ 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.
Bescheid an Erziehungsberechtigte/n übersandt _____
Datum, Unterschrift

Stellungnahme der Schulleitung

Der Antrag wird ☐ genehmigt ☐ nicht genehmigt

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Schulleiterin