



Grundschulverbund Großschwabhausen/Magdala



Antrag auf Zurückstellung des Kindes vom Schulbesuch um 1 Jahr

Name der/des Sorgeberechtigten

Mutter

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Vater

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

an die
Leitung der Grundschule

Hiermit beantrage/n wir/ich die Zurückstellung unseres/meines Kindes

Name, Vorname _____

geboren am: _____

vom Schulbesuch um 1 Jahr.

Grund:

Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte: _____