

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
Ich bitte mein Kind um 1 Jahr vom Schulbesuch
zurückzustellen

☐ der Schulleitung
Wir beantragen die Zurückstellung um 1 Jahr

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 Erziehungsberechtigte/n übersandt

Datum, Unterschrift