

Empfänger:

Staatliche Grundschule „Anna Sophia“ Kranichfeld
Große Gebind 20
99448 Kranichfeld

Antrag auf Zurückstellung des Kindes vom Schulbesuch um 1 Jahr

Mutter

Name _____

Vorname _____

Anschrift _____

Vater

Name _____

Vorname _____

Anschrift _____

Hiermit beantrage/n ich/wir die Zurückstellung meines/unseres Kindes im Schuljahr 2023/24

Name, Vorname _____

geboren am _____

vom Schulbesuch um 1 Jahr. (Einschulung 2024/25)

Grund:

Datum _____

Unterschrift der Sorgeberechtigten _____