Malven-Grundschule
Illgenstr. 26
15732 Schulzendorf
Tel.: 033762/ 40 115

Anlage 1

Antrag auf Zurückstellung vom Schulbesuch für das Schuljahr 20..../20....
gemäß § 51 Abs. 2 BbgSchulG

Angaben zum Kind		
Nachname	Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ w ☐ m	
Name und Anschrift der bisher besuchten vorschulischen Einrichtung	Telefon mit Vorwahl	E-Mail

Angaben zu den Sorgeberechtigten		
Stellung des Kindes zum Antragsteller		
Nachname	Vorname	Sorgeberechtigte/-r ☐
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	Ortsteil
Telefon mit Vorwahl und Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit	E-Mail (priv.) E-Mail (dienstl.)	
Nachname	Vorname	Sorgeberechtigte/-r ☐
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	Ortsteil
Telefon mit Vorwahl und Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit	E-Mail (priv.) E-Mail (dienstl.)	

Begründung des Antrages
Begründung (Anlagen beifügen)

beigefügte Anlagen
☐ fachärztliche Diagnosen ☐ Erfassungsbogen der „Grenzsteine der Entwicklung" ☐ Ergebnisse der Sprachstandsfeststellung ☐ Berichte der Kita/Tagesmutter

Datum	Unterschrift Antragsteller/Sorgeberechtigte

wird von der Schulleiterin/dem Schulleiter ausgefüllt

Beauftragung der Durchführung des Zurückstellungsverfahrens	
In das Rückstellungsverfahren einbezogene Lehrkraft/Lehrkräfte	
Datum der Beauftragung	Unterschrift Schuleiterin/Schulleiter