

**Antrag auf Zurückstellung
gemäß § 43 Abs. (2) des Schulgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern**

An die Schulleitung der

Grundschule „Käthe Kollwitz“, Geschwister-Scholl-Str. 31, 17192 Waren (Müritz)

Hiermit beantrage ich gemäß § 43 Abs. (2) des Schulgesetzes M-V die Zurückstellung meines Kindes vom Schulbesuch.

Name/n der Sorgeberechtigten:

Anschrift:

Name des Kindes:..... Geburtstag:

ggf. kurze Begründung des Antrages:

.....
.....
.....

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift d. Sorgeberechtigten

Entscheidungsfindung der Schulleiter/in:

Eigene Beobachtungen und Erkenntnisse:

.....
.....
.....

Ergebnis der schulärztlichen Untersuchung
<input type="checkbox"/> Das Kind ist uneingeschränkt schulfähig.
<input type="checkbox"/> Das Kind ist mit Einschränkungen schulfähig.
<input type="checkbox"/> Das Kind ist noch nicht schulfähig.

Entscheidung der Schulleiterin:
<input type="checkbox"/> Dem Antrag wird stattgegeben. Das Kind wird um ein Jahr zurückgestellt.
<input type="checkbox"/> Dem Antrag wird nicht stattgegeben. Die Einschulung erfolgt zum:

Begründung:

.....
.....

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift der Schulleitung

Mitteilung der Entscheidung an die Sorgeberechtigten am: