*Vorname Name Schmitten,*

*Straße Hausnummer*

*PLZ Ort*

**Rückstellung meines Kindes von der Schulpflicht**

Meine Tochter / mein Sohn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wird zum Schuljahresbeginn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ schulpflichtig. Nach meiner Einschätzung, sowie der Einschätzung des Kindergartens und der zuständigen Grundschule ist sie / er zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht schulreif.

Ich beantrage aus diesem Grund die Rückstellung von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte(r) Schulleitung