|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **Antrag der Erziehungsberechtigten****auf Zurückstellung ihres Kindes vom Schulbesuch****gemäß****§ 43 Abs. 2 des Schulgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern** |  |
|  |  |  |

An die Schulleitung der

 Grundschule Ost "Hans Christian Andersen", Robert-Koch-Straße 52, 17036 Neubrandenburg

Name und Ort der zuständigen Grundschule

Hiermit stelle(n) ich/wir gemäß § 43 Abs. 2 SchulG M-V den Antrag auf Zurückstellung vom Schulbesuch für mein/unser nachfolgend genanntes Kind.

|  |  |
| --- | --- |
| Name(n) des/der Erziehungsberechtigten: |  |
| Anschrift:  |  |
| Name des Kindes: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Schuljahr: |  |
| Begründung des Antrages:(bitte ärztliche Gutachten beifügen) |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift beider Erziehungsberechtigten |

**Entscheidungsfindung der Schulleiterin/des Schulleiters:**

**Eigene Beobachtungen und Erkenntnisse:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ergebnis der schulärztlichen Untersuchung:** |  | **Einschätzung des schulpsychologischen Dienstes:** |
| **□** | Das Kind ist uneingeschränkt schulfähig. |  | **□** | Das Kind ist uneingeschränkt schulfähig. |
| **□** | Das Kind ist mit Einschränkungen schulfähig. |  | **□** | Das Kind ist mit Einschränkungen schulfähig. |
| **□** | Das Kind ist noch nicht schulfähig. |  | **□** | Das Kind ist noch nicht schulfähig. |
|  |  |  |  |  |
| **Entscheidung der Schulleiterin/des Schulleiters:** |
| **□** Dem Antrag wird stattgegeben. Das Kind wird um ein Jahr zurückgestellt |
| **□** Dem Antrag wird nicht stattgegeben. Die Einschulung erfolgt zum |  |
| Begründung: |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift Schulleiterin / Schulleiter |
| Mitteilung der Entscheidung an die Erziehungsberechtigten am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |