

**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:

- ☐ Das Kind ist uneingeschränkt schulfähig.
- ☐ Das Kind ist mit Einschränkungen schulfähig.
- ☐ Das Kind ist noch nicht schulfähig.

Einschätzung des schulpsychologischen Dienstes:

- ☐ Das Kind ist uneingeschränkt schulfähig.
- ☐ Das Kind ist mit Einschränkungen 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: _____