

Rücktritts Antrag

Name

Anschrift

**Grundschule Leiferde
Offene Ganztagschule
Karberg 2
38542 Leiferde**

SchülerIn: _____

Klasse : _____

Tel.: 05373-1583

Fax: 05373-331618

E-Mail: sekretariat@gs-leiferde.de

Datum : _____

Wir beantragen für unseren Sohn/unsere Tochter das freiwillige Zurücktreten in
die Klasse _____

Begründung

Erziehungsberechtigte

Stellungnahme der Klassenkonferenz

KlassenlehrerIn