

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

An die Schulleitung der

_____ 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: _____

Geburtstag: _____

ggf. kurze Begründung des Antrages: _____

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift des/der 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: _____ .