

ANTRAG / ANHÖRUNG *)
ZUR
SCHULPFLICHTVERLÄNGERUNG

(Vorname / Name d. Erziehungsberechtigten)

(Straße)

(Telefon)

(Wohnort)

(Datum)

Staatliches Schulamt für den Schwalm-Eder-Kreis
und den Landkreis Waldeck-Frankenberg
Am Hospital 9
34560 FRITZLAR

d.d. Leiter/in der

Betr.: Verlängerung der Vollzeitschulpflicht gemäß § 59 Abs. 2 des Hessischen Schulgesetzes

Hiermit beantrage ich, die Schulpflicht

für meine Tochter *) / meinen Sohn *) _____

geb. am _____

z.Zt. Klasse _____

um ein Jahr bis zum _____ zu verlängern.

Ich stelle diesen Antrag im Einverständnis mit meinem Ehegatten. *)

(Unterschrift/en)

***) Nichtzutreffendes streichen**

Stellungnahme der Schule

Die Angaben des / der Erziehungsberechtigten zur Person des Schülers stimmen mit den hiesigen Unterlagen überein.

Die Schülerin / der Schüler wurde erstmalig am _____ eingeschult.
(Bitte unbedingt angeben)

Die Klassenkonferenz hat einer Schulpflichtverlängerung für

(Schüler/Schülerin)

- nicht - *) zugestimmt.

Ich befürworte beiliegenden Antrag auf Schulpflichtverlängerung - nicht - *)

Besondere Bemerkungen:

(Schulleiter / in)

(Ort / Datum)

***) Nichtzutreffendes streichen**