
Name, Vorname des/der Sorgeberechtigten

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Tel.Nr.

Staatliches Gymnasium
„Friedrich Schiller“
Schulleitung
Bahnhofstraße 50

99752 Bleicherode

Antrag auf Rückstufung

Unser/e Tochter/Sohn besucht zur Zeit die Klasse
des Staatlichen Gymnasiums „Friedrich Schiller“ Bleicherode.

Zum Schulhalbjahr /Endjahr möchten wir, dass unser/e Sohn/Tochter

_____ in die Klassenstufe _____ zurückversetzt wird.
Name, Vorname

Begründung:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wir bitten Sie, den Antrag zu befürworten!

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten