

Grundschule:

An das
Sonderpädagogische Förderzentrum
Theodor-Heuss-Str. 1
82256 Fürstenfeldbruck



Tel.: 08141/123 24 Fax: 08141/16 325
E-Mail verwaltung@pestalozzischule-ffb.de

Wunsch nach Zurückstellung

Das Kind _____ geb. am _____
wohnhaft in (Ort) _____ (Straße) _____
Tel. Eltern: _____ wurde am _____ zur Schuleinschreibung vorgestellt.

Die Eltern wünschen eine Zurückstellung des Kindes.

Sie möchten einen Platz in der SVE _____

Das Kind wird anderweitig gefördert: _____

Die Eltern benötigen noch ein Förderangebot.

Eine Zurückstellung kommt nicht in Betracht, weil das Kind bereits einmal zurückgestellt wurde.

Der Förderbedarf ist laut Aussagen des Arztes / des Kindergartens groß und in folgenden Bereichen gegeben: *

körperliche Fähigkeiten

geistige Fähigkeiten

soziale Fähigkeiten

Sonstiges

Die Erziehungsberechtigten wurden bezüglich des Förderbedarfs ausführlich beraten. Ihnen wird empfohlen, sich auch am Sonderpädagogischen Förderzentrum umfassend beraten zu lassen. (vgl. Art 41 Abs. 3 BayEUG)

Ort/Datum

Unterschrift der Schulleitung

* Bitte die einzelnen Punkte schriftlich detailliert ausführen