|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |       |
| Schule |  | Datum |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zl: |       |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Frau/Herrn |  |
|       |  |
|       |  |
|       |  |

**Schülereinschreibung – Bestimmung des Schulpflichtbeginns**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sehr geehrte/r |       |  |

Sie haben den Wunsch vorgebracht, dass für die Bestimmung des Beginns der allgemeinen Schulpflicht Ihres zur Schülereinschreibung angemeldeten Kindes der im Mutter-Kind-Pass festgestellte voraussichtliche Geburtstermin herangezogen wird.

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kindes: |       |
| Geburtsdatum: |       |
| Bestimmung des Schulpflichtbeginns nach dem tatsächlichen Geburtsdatum: |       |
|  |  |
| Festgestellter voraussichtlicher Geburtstermin gemäß Mutter-Kind-Pass (Geburtstermin laut US): |       |
| Bestimmung des Schulpflichtbeginns nach dem im Mutter-Kind-Pass festgestellten vorauss. Geburtstermin: |       |

Nach Einsichtnahme in den Mutter-Kind-Pass bestätigt die Schulleitung den Beginn der Schulpflicht Ihres Kindes **mit 1. September 20**.

|  |
| --- |
| Mit freundlichen Grüßen |
|  |
| Unterschrift Schulleiter/in |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zustellhinweis: | Bildungsregion |       |  |