

Antrag auf Wiederholung einer Jahrgangsstufe gemäß § 12 APO-GrundStGy
(Rechtsgrundlage siehe www.schulrechthamburg.de)

Schule:

Ansprechpartner/in: (Sorgeberechtigte/r)

Rückgabe bis _____

Vorname:	Familienname:
Straße/Hausnummer:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	
Tagsüber erreichbar unter:	

Angaben zur Schülerin/zum Schüler:

Vorname:	Familienname:	
Geburtsdatum:	Bisherige Klasse:	Gewünschte Klasse:

Gewünschter Wiederholungszeitpunkt:

<input type="checkbox"/> zum 01. August (Schuljahresbeginn)	<input type="checkbox"/> Rücktritt zum nächstmöglichen Zeitpunkt
---	--

Von den Sorgeberechtigten auszufüllen:

Begründung für den Wiederholungswunsch (ggf. weitere Anlagen und/oder Attest beifügen)

Datum, Unterschrift beider Sorgeberechtigter

(Sofern die Sorgeberechtigten **nicht** getrennt leben, ist die Unterschrift eines Sorgeberechtigten ausreichend.
Bei allein Sorgeberechtigten: Schriftlicher Nachweis muss der Schule vorliegen.)

Hinweis zur Datenerfassung: Zum Zwecke der Zuordnung müssen Ihre Angaben aus organisatorischen Gründen von der zuständigen Behörde elektronisch verarbeitet werden.
Rechtsgrundlage hierfür ist § 98 Abs. 1 Hamburgisches Schulgesetz i.V. mit § 42 Hamburgisches Schulgesetz.