

# Abmeldung vom BRG Traun



Sokrates abgemeldet:

Klasse:	
Name:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Neue Schule mit Adresse:	
Abgemeldet ab:	
Ganztagsklasse:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schulerfolgsbestätigung:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> / ausgestellt am _____
Rückgabe Schulbücher:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rückgabe Schülersausweis:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rückgabe Freifahrtsausweis:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Spindnummer:	Nr.: _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die bei meinem Kind durchgeführten schulärztlichen Erhebungen / Befunde an die nachfolgende Schule weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter