

**ABMELDUNG vom BRG TRAUN**

<b>Klasse:</b>	
<b>Name:</b>	
<b>Anschrift:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Abgemeldet ab:</b>	
<b>NEUE Schule mit Adresse</b>	
<b>Rückgabe Freifahrtsausw.:</b>	
<b>Rückgabe Schülersausweis:</b>	
<b>Ganztagsklasse</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Schulerfolgsbestätigung erwünscht:</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> / ausgestellt <input type="checkbox"/> _____
<b>Schließfach:</b>	Nr.:                      Geld ret.:
<b>Rückgabe Schulbücher lfd.SJ</b>	

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte