

Abs.:

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

An die  
Staatliche Regelschule  
„Ch. G. Salzmänn“  
Kölledaer Straße 29  
99610 Sömmerda

### Antrag auf Rückstufung

Name des Schülers:	
Geburtsdatum:	
Derzeitige Klasse:	
Anzahl Schulbesuchsjahre:	
Wiederholungen:	

Begründung für den Antrag auf Rückstufung:


\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern

Genehmigt:

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Klassenleiter(in)

\_\_\_\_\_  
Schulleiterin