



LANDRATSAMT KRONACH

Güterstr. 18
96317 Kronach
Tel.: 09261 678-0
Fax.: 09261 678-211

Bestätigung über den Schulbesuch

Der Schüler

Die Schülerin

Familienname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Name des Vaters:	
Name der Mutter:	

besucht:	<input type="checkbox"/> die Grundschule
	<input type="checkbox"/> die Mittelschule
	<input type="checkbox"/> die Realschule
	<input type="checkbox"/> das Gymnasium
	<input type="checkbox"/> die Fachoberschule/ die Berufsoberschule
	<input type="checkbox"/> die Berufsschule
	<input type="checkbox"/> sonstige Schule: _____

seit _____

Der Schüler / Die Schülerin wird die Schule bis voraussichtlich _____

besuchen. Seine/Ihre Vollzeitschulpflicht endet am _____.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel der Schule