



# LANDRATSAMT KRONACH

Güterstr. 18  
96317 Kronach  
Tel.: 09261 678-261  
Fax.: 09261 678-458

## Bestätigung über den Schulbesuch

Der Schüler

Die Schülerin

<b>Familienname:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geburtsort:</b>	
<b>Straße, Hausnummer:</b>	
<b>PLZ, Ort:</b>	
<b>Name des Vaters:</b>	
<b>Name der Mutter:</b>	

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