|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Leitung der  |       |  |  | SKZ: |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  | Datum |
| Ort |  | Datum |

Betr.: **Überprüfung der Schulreife**

|  |
| --- |
| Wählen Sie ein Element aus. |
|       |  |  |
|       |  |  |
|       |  |  |
|       |  |  |
|       |  |  |

 \*) Auf Grund Ihres Antrages vom Datum ergeht nachstehende

**E N T S C H E I D U N G :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Das schulpflichtige Kind |       |  |       |
|  | Familienname |  | Vorname |
| geboren am |       | in |       | ist |
|  |  |  |  |  |

gemäß § 6 Abs. 2d iVm § 6 Abs. 2b und 2c des Schulpflichtgesetzes 1985, BGBl.Nr. 76/1985, in der geltenden Fassung,

|  |
| --- |
| Wählen Sie ein Element aus. |

**BEGRÜNDUNG:**

**RECHTSMITTELBELEHRUNG:**

Gegen diese Entscheidung ist gem. § 27 SchPflG ein Widerspruch an die zuständige Schulbehörde zulässig. Der Widerspruch ist **schriftlich** (in jeder technisch möglichen Form, **nicht jedoch mit E-Mail**) innerhalb von **fünf Tagen** nach Zustellung der Entscheidung **bei der Schule** einzubringen. Der Widerspruch hat einen begründeten Widerspruchsantrag zu enthalten.

Wählen Sie ein Element aus.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_