



## Bestätigung der Beratung zum Übertritt bzw. Probeunterricht

Mein Sohn / meine Tochter \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname des Schülers / der Schülerin

nimmt am Probeunterricht teil.

Falls mein Kind den Probeunterricht nicht bestehen sollte, werde ich es an folgender  
Schule anmelden: \_\_\_\_\_

wechselt mit dem Übertritt aus einem anderen Bundesland oder aus dem Ausland nach Bayern.

hat eine gutachterlich bestätigte Legasthenie bzw. Lese-Rechtschreib-Schwäche.

### Als Erziehungsberechtigte/r bestätige ich Folgendes:

Ich habe **ausreichende Informationen** zum Übertritt bzw. Probeunterricht (durch das Merkblatt „Informationen zum Probeunterricht“) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich bin darüber informiert worden, dass zur **Anerkennung der Legasthenie bzw. Lese-Rechtschreib-Schwäche** für das kommende Schuljahr die zuständige Schulpsychologin, Frau Randak, bis spätestens 30.06.2020 kontaktiert werden muss.

Ich möchte zusätzlich telefonisch durch die Beratungslehrerin, Frau Streubert, informiert werden.

Mein Name: \_\_\_\_\_

Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

unter der Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Zu folgenden Zeiten bin ich gut erreichbar: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten