



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 Carina Würz, bis spätestens 24.07.2026 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