

---

---

---

Marktredwitz, \_\_\_\_\_

An die Schulleitung der  
Grundschule Marktredwitz  
Bauerstraße 4-6  
95615 Marktredwitz

**Schülerin/Schüler:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Beginn der Schulpflicht im Schuljahr 2026/27**

**Antrag auf Zurückstellung vom Schulbesuch**

Wir beantragen, unsere Tochter / unseren Sohn \_\_\_\_\_  
vom Besuch der Grundschule für die Dauer eines Schuljahres zurückzustellen:

Begründung:

---

---

---

---

---

---

Ärztliches Attest liegt bei.

Bitte beachten:

Ein Kind, das am 30. September des Einschulungsjahres mindestens 6 Jahre alt ist, kann zurückgestellt werden, wenn auf Grund der körperlichen oder geistigen Entwicklung des Kindes zu erwarten ist, dass es nicht mit Erfolg am Unterricht teilnehmen kann. Die Zurückstellung ist nur dann zulässig, wenn kein Anlass besteht, die Überweisung an eine Förderschule zu beantragen. Jedes Kind kann nur für ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt werden (Art. 37 Abs 2 Bay EUG).

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