



\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnr.)

\_\_\_\_\_  
(PLZ)

\_\_\_\_\_  
(Ort)

An die Schulleitung der  
Dreienkamp-Schule  
Sandbergweg 25  
28790 Schwanewede

## Antrag auf freiwilliges Wiederholen der vorangegangenen Klassenstufe

Ich / Wir beantragen(n), dass

0 mein / unser Sohn \_\_\_\_\_

0 meine / unsere Tochter \_\_\_\_\_

zum \_\_\_\_\_ aus pädagogischen Gründen in die Klasse \_\_\_\_\_ zurückgeht.

Eine Beratung durch die Klassenlehrkraft hat stattgefunden. Auf dieser Grundlage haben wir uns dazu entschieden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten