Name: ……………………….……………………………
Adresse (Straße): …………………………………….……………… 47533 Kleve

Johanna-Sebus-Schule
z.H. Frau Peters
Hohe Straße 116
47533 Kleve

 Datum: ……..………………

**Antrag auf Rückversetzung**

Hiermit beantrage/n ich/wir, dass mein/e Tochter/Sohn,
………………………… (vollständiger Name),

derzeit in Klasse ………, mit Wirkung vom ………….. in die Klasse ……

zurückversetzt wird.

**Name:** …………………………………………….

**Anschrift:** ……………………………………………………………………..

Mit freundlichen Grüßen

………………………………………………………………………………….
(Ort, Datum und Unterschrift)