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)