EINHARDSCHULE SELIGENSTADT
Gymnasium des Kreises Offenbach

So erreichen Sie uns:

Fon 06182 8954-0
Fax 06182 8954-107

www.einhardschule.de

ABMELDUNG

Nachfolgende Schülerin /nachfolgender Schüler wird ab dem
die Einhardschule nicht mehr besuchen

Austrittsdatum:

Name:			
Klasse:		Konfession:	

Sie / Er wird eine andere Schule besuchen: ☐ ja ☐ nein

Hessen: ☐ / anderes Bundesland ☐

Aufnehmende Schule: (Name, Ort, Schulform)	

Sie / Er beginnt ein / eine

Studium: ☐
Berufsausbildung: ☐
*Sonstiges: ☐

*Angaben zu Sonstiges: (FSJ, FÖJ, BFD, Praktikum, etc.)	
Ausbildung zur / zum:	
Berufsschule: (Name, Ort, Schulform)	

Seligenstadt, den _____ _____

(Unterschrift e. Erziehungsberechtigten bzw. des Volljährigen)

		Datum:	Unterschrift
Rückgabe aller Bücher der Lernmittelbücherei:			
Rückgabe aller Bücher der Schülerbücherei			
Rückgabe eines Leihlaptops			
Schülerjahresfahrkarte:	☐ ja ☐ nein		

Zur Kenntnis genommen:

…….. Schulleiter / stv. Schulleiterin	…….. Studienleiter	…….. Sekretariat