

Rückgabe

bitte bis spätestens _____ an die Schule

Schulanschrift (Schulstempel)

**Städtische Schule
Grundschule Zeitz-Ost**
Gustav-Mahler-Straße 14
06712 Zeitz
Tel. 03441/223647
kontakt@gs-zeitz5.bildung-lsa.de

Name der Schülerin oder des Schülers: _____

Vorname: _____

Klasse: _____

Bitte ankreuzen:

- Ich möchte, dass mein Kind im kommenden Schuljahr am evangelischen Religionsunterricht teilnimmt.
- Ich möchte, dass mein Kind im kommenden Schuljahr am katholischen Religionsunterricht teilnimmt.
- Sofern der gewünschte Religionsunterricht nicht eingerichtet werden kann, wird die Teilnahme am Unterricht der anderen Konfession gewünscht.
- Ich möchte, dass mein Kind im kommenden Schuljahr am Ethikunterricht teilnimmt.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten¹

¹ Unterzeichnet nur eine personensorgeberechtigte Person bestätigt sie oder er, dass sie oder er das alleinige Personensorgerecht inne hat.