**Definitiver Zuweisungsentscheid für die Sekundarstufe I**Modell B

Name:       Vorname:       Geburtsdatum:

Erziehungsberechtigte/r:

Adresse:

PLZ/Wohnort:       Tel:

Definitiver Zuweisungsentscheid der Klassenlehrperson gemäss Art. 7 der Richtlinien zum Übertrittsverfahren:

**Sekundarschule**

**Realschule**

Bemerkungen:

Ort:       Datum:

Name/Vorname Klassenlehrperson:

Unterschrift: .........................................................................

**Rechtsmittelbelehrung**

(Art. 8 Richtlinien zum Übertrittsverfahren vom 7.10.2013):

Erziehungsberechtigte, die mit dem Zuweisungsentscheid der Klassenlehrperson nicht einverstanden sind, können ihr Kind innert 10 Tagen nach Erhalt des Zuweisungsentscheides beim zuständigen Schulinspektorat zur Einsprachebeurteilung anmelden.

 **siehe Rückseite**

**Bestätigung**

Der/die unterzeichnete Erziehungsberechtigte des Kindes ist mit dem definitiven Zuweisungsentscheid **einverstanden**.

Ort: .................................................... Datum: ......................................................................

Unterschrift Erziehungsberechtigte: …..........................................................................................

Das unterzeichnete Formular bitte an die Klassenlehrperson zurücksenden.

**Anmeldung zur Einsprachebeurteilung**

Der/die unterzeichnete Erziehungsberechtigte ist mit dem definitiven Zuweisungsentscheid der Klassen­lehrperson **nicht einverstanden**; er/sie meldet das Kind

Name des Kindes: ..........................................................................................................................

zur Einsprachebeurteilung durch die Zuweisungskommission an.

Bemerkungen:

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Erziehungsberechtigte:**

Name: ................................................... Vorname: ..................................................................

Adresse: ............................................... PLZ/Wohnort:.............................................................

Telefon: ................................................

Ort: ....................................................... Datum: ......................................................................

Unterschrift Erziehungsberechtigte: …..........................................................................................

Beilagen:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Klassenlehrperson / Schule:**

Name/Vorname Klassenlehrperson: ...................................................................................

Schulort: ...................................................................................

Zur Anmeldung des Kindes zur Einsprachebeurteilung bitte das unterzeichnete Formular innerhalb von 10 Tagen **eingeschrieben** an das Schulinspektorat Engadin-Münsteral-Samnuan, Cul 40, 7530 Zernez senden.