**Definitiver Zuweisungsentscheid für die Sekundarstufe I**

Modell C

Name:       Vorname:       Geburtsdatum:

Erziehungsberechtigte/r:

Adresse:

PLZ/Wohnort:       Tel:

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Sekundarschule** |  |
| **Realschule** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Empfehlung** | **Niveau-Fächer für die Sekundarstufe I:** | **Niveau I** | **Niveau II 1)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1) Schulen mit einer dreistufigen Niveauaufteilung informieren die Eltern in geeigneter Weise über die Zuteilung der Kinder ins Niveau IIa oder ins Niveau IIb. Beim Hinweis betreffend Niveaus handelt es sich lediglich um eine Empfehlung. Dagegen kann keine Beschwerde erhoben werden.

Bemerkungen:

(Hier können unter anderem Empfehlungen für weitere Niveaufächer aufgeführt werden.)

Ort:       Datum:

Name/Vorname Klassenlehrperson:

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

**Rechtsmittelbelehrung**

(Art. 8 Richtlinien zum Übertrittsverfahren vom 07.10.2013):

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.