



ERZBISTUM
BERLIN

BITTE SENDEN SIE DAS VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE FORMULAR PER EMAIL ODER POST
AN DIE ADRESSE DER SCHULE IHRES KINDES BZW. IHRE SCHULE.

_____	_____
(Personensorgeberechtigte/r)	(Personensorgeberechtigte/r)
_____	_____
(Adresse, PLZ, Ort)	(Adresse, PLZ, Ort)
_____	_____
(Email-Adresse)	(Email-Adresse)
_____	_____
(Ort)	(Datum)

An den Schulträger Erzbistum Berlin

Kündigung des Schulvertrags

Hiermit kündige/n ich/wir den Schulplatz

an der : _____ Schulart: _____

Adresse, PLZ, Ort: _____

zum folgenden Zeitpunkt: _____

für den/die Schüler:in:

Vor- und Zuname: _____

Schüler:innenummer (Bolle/weBBschule): _____

Schulgeldstellen-Nummer: _____

Adresse des/der Schülers/in (falls abweichend): _____

Kündigungsvarianten:

Begründung

bitte

angeben: _____

Unterschriften:

_____ (Personensorgeberechtigte/r)

_____ (Personensorgeberechtigte/r)