

ANMELDUNG zur PARKPLATZPRÜFUNG

Semester, über welches die Parkplatzprüfung abgelegt wird*

2. Klasse		3. Klasse		4. Klasse		5. Klasse	
3	4	5	6	7	8	9	10

* Zutreffendes bitte ankreuzen!

Name der Schülerin/des Schülers	
Klasse	
Klassenvorstand	
Gegenstand der Parkplatzprüfung	
Prüferin/Prüfer	

Datum der Parkplatzprüfung	
-----------------------------------	--

Datum, Unterschrift der Schülerin /des Schülers	
--	--

Bei NICHT eigenberechtigten Schülerinnen und Schülern:

Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten	
---	--

	<input type="checkbox"/> schriftlich, Dauer ___EH <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftl. und mündl.
Datum, Unterschrift der Prüferin/des Prüfers	