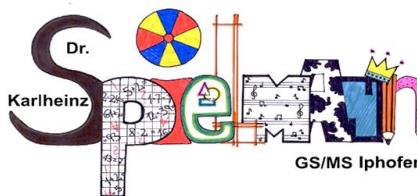


Dr.-Karlheinz-Spielmann-GS/MS Iphofen

Valentin-Arnold-Str. 6
97346 Iphofen

Tel.: 09323 875960
Fax: 09323 8759620
E-Mail: verwaltung@schule-iphofen.de
Web: www.schule-iphofen.de



Anmeldung für die Klasse M8 M9 im Schulverbund Iphofen – Marktbreit – Scheinfeld im Schuljahr 2025/2026

Name, Vorname _____
Anschrift: _____
E-Mail: _____
Telefonnummer: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____
Bekenntnis: _____ Religionsunterricht: _____
Nationalität: _____
Bisher besuchte Schule: _____
Name d. Erziehungsberechtigten: _____

Wahlpflichtfach 1: Musik Kunst **BoW.Fach:** ES WiK T

Hiermit melde ich mein Kind zum Besuch der M-Klasse in der 8. Jahrgangsstufe an. Einer Aufnahmeprüfung, wenn notwendig, stimme ich zu. Die Kontaktaufnahme geschieht über Email.

Datum Unterschrift d. Erziehungsberechtigte/n

(von der Schule auszufüllen)

Zugangsvoraussetzung: Ø 2,33 in den Fächern Deutsch, Mathematik und Englisch

Erreichte Noten im Zwischenzeugnis:

Deutsch: _____ Mathematik: _____ Englisch: _____ Schnitt: _____

Erreichte Noten im Jahreszeugnis:

Deutsch: _____ Mathematik: _____ Englisch: _____

Erreichte Noten in der Aufnahmeprüfung:

Deutsch: _____ Mathematik: _____ Englisch: _____

Aufnahme in die M8 / 9 möglich: ja nein vorläufig

Stempel und Unterschrift Verbundkoordinator