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

Verbindliche Anmeldung zur Aufnahmeprüfung für den M-Zug an

Aufnahmeprüfung in: ☐ **M7** ☐ **M8** ☐ **M9**

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Aufnahmeprüfung für den M-Zug an:

Name des Schülers: _____

Name der Stammschule: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Noten im Jahreszeugnis:

Deutsch: _____ Mathematik: _____ Englisch: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Aufnahmeprüfung per E-Mail an oben genannte E-Mail-Adresse verschickt werden.

_____ _____ _____

Datum Unterschrift d. Schülers Unterschrift d. Erziehungsberechtigte/n

……

Von der Prüfungskommission auszufüllen:

Prüfungsnoten:

Deutsch: ☐ Mathematik: ☐ Englisch: ☐

Prüfungsergebnis: ☐ bestanden ☐ nicht bestanden

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Schulleitung