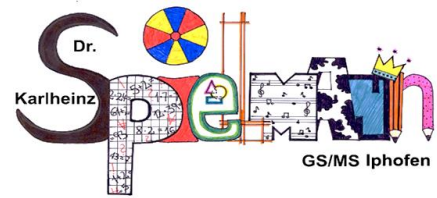


# Dr.-Karlheinz-Spielmann-GS/MS Iphofen

Valentin-Arnold-Str. 6  
97346 Iphofen

Tel.: 09323 875960  
Fax: 09323 8759620  
E-Mail: [verwaltung@schule-iphofen.de](mailto:verwaltung@schule-iphofen.de)  
Web: [www.schule-iphofen.de](http://www.schule-iphofen.de)



## Verbindliche Anmeldung zur Aufnahmeprüfung für den M-Zug

### Aufnahmeprüfung M10

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

Name des Schülers: \_\_\_\_\_

Name der Stammschule: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Noten im QA bzw. 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