

Name und amtliche Bezeichnung der Schule

Vorsitzende/Vorsitzender des Prüfungsausschusses

Ort, Datum

Abitur _____

Mitteilung über die Nichtzulassung zur Abiturprüfung

Sehr geehrte/r,

durch Beschluss des Prüfungsausschusses sind Sie/ ist Ihre Tochter/ Ihr Sohn nicht zur Abiturprüfung zugelassen worden, da die Mindestanforderungen für den Erwerb der allgemeinen Hochschulreife nicht erfüllt wurden und nicht mehr erfüllt werden können.

Gründe für die Nichtzulassung sind:

--

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Sie/ Ihre Tochter/ Ihr Sohn können/ kann den Antrag stellen, um eine Jahrgangsstufe zurückzutreten. |
| <input type="checkbox"/> | Sie/ Ihre Tochter/ Ihr Sohn müssen/muss die gymnasiale Oberstufe wegen Überschreitens der Höchstverweildauer verlassen. |

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden.

Der Widerspruch ist bei _____
(Name und Anschrift der Schule)
schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen.

Ort, Datum	Prüfungsvorsitzende/Prüfungsvorsitzender	Schulleiterin/Schulleiter
------------	--	---------------------------