

# Hefner-Alteneck-Mittelschule

Bavariastr.39  
63743 Aschaffenburg  
Tel 06021 / 443680 FAX 06021 / 4436892  
Mail: [sekretariat@hefner-alteneck-vs.de](mailto:sekretariat@hefner-alteneck-vs.de)



## Antrag auf Aufnahme in die Praxisklasse an der Hefner-Alteneck-Mittelschule

### Antrag für Eltern und Erziehungsberechtigte

Schüler/in (Name, Vorname)			
Anschrift (Straße, Hs.-Nr., PLZ, Ort)			
Geburtsdatum	Geburtsort	Bekenntnis	Staatsangehörigkeit
Name der jetzt besuchten Schule			

Mein Sohn/Meine Tochter kann voraussichtlich den erfolgreichen Mittelschulabschluss (= erfolgreiches Bestehen der 9. Klasse der Mittelschule) nicht erreichen.

**Deshalb stelle ich hiermit einen Aufnahmeantrag für die Praxisklasse an der Hefner-Alteneck-Mittelschule für das Schuljahr 2024/2025.**

Ich bin darüber informiert,

- dass die Praxisklassen ein freiwilliges Angebot darstellen und die Auswahl der Schüler/innen nach vorgegebenen Kriterien durch das „Praxisklassen-Team“ erfolgt (Anmeldung bedeutet nicht automatisch Aufnahme!)
- dass das „Praxisklassen-Team“ mit den Schülern/Schülerinnen und den Eltern/Erziehungsberechtigten ein Vorstellungs- und Auswahlgespräch durchführt
- dass die Klassenstärke auf maximal 15 Schüler/innen begrenzt sein wird
- dass die Praxisklasse nicht (automatisch) zum erfolgreichen Mittelschulabschluss führt
- dass in der Praxisklasse kein Englischunterricht erteilt wird

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname d. Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Straße, Hs.-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en

**Bitte bis spätestens 05.06.2024 an die Hefner-Alteneck-Mittelschule schicken.**

#### Anlagen:

- ▶ Kopie des Zwischenzeugnisses
- ▶ Eventuell vorhandenes Gutachten des mobilen, sonderpädagogischen Dienstes
- ▶ Einschätzungsbogen der abgebenden Schule

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel der Schulleitung



EUROPÄISCHE UNION  
EUROPÄISCHER SOZIALFONDS

ESF IN BAYERN  
WIR INVESTIEREN IN MENSCHEN