|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klicken und tippen Sie hier |  | Klicken Sie hier |
| Name d. Erziehungsberechtigten |  | Datum |

|  |
| --- |
| Klicken und tippen Sie hier |
| Anschrift |

An das

Leibniz-Gymnasium

Lübecker Str. 75

**23611 Bad Schwartau**

# Wahl der 2. Fremdsprache

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klicken und tippen Sie hier |  | Auswahl |
| Vor- und Nachname |  | Klasse |

Ich wünsche, dass mein Kind

am Unterricht in der 2. Fremdsprache

[ ]  in Französisch

[ ]  in Latein

teilnimmt.

[ ]  Ich kann mir beides vorstellen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten (nur bei Ausdruck)

**Bitte reichen Sie dieses Blatt bis zum 22.03.2021 an das Sekretariat zurück.**