**Schule:**

**Schulnummer:**

**Adresse:**

**Schulleitung:**

**Ansprechpartnerin,  
Ansprechpartner:**

**Kontakt Telefon:**

**Kontakt E-Mail:**

**Bitte kreuzen Sie an:**

🞎 Unsere Schule nimmt seit dem Schuljahr 2018/2019 am Programm teil.

🞎 Unsere Schule möchte mit Beginn des Schuljahres 2019/2020 am Programm teilnehmen.

Am Programm „BiSS-Lesen – „Lesen macht stark“ werden im Schuljahr 2019/2020 nachstehende Klassen teilnehmen:

**Klassenstufe 1 Klassenstufe 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Klasse** | **Schüler-zahl** | **Klassenleitung** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Klasse** | **Schüler-zahl** | **Klassenleitung** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |