STÄDTISCHES GYMNASIUM
SEDANSTRASSE

Elternsprechtag am

12.05.26

Name: _____ Klasse: _____

Fach	Lehrer / Lehrerin	Wunsch-termin (Uhrzeit)	Alternativer Termin	*nur vom Lehrer / von der Lehrerin auszufüllen* **Termin-bestätigung**