

*Nichtbestehen der Abiturprüfung ohne der Möglichkeit zur Wiederholung*

Name der Schule

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Die/Der Vorsitzende des Zentralen Abiturausschusses

**Nichtzulassung zur Wiederholungsprüfung/  
Nichtbestehen der Wiederholungsprüfung und  
Entlassung aus der gymnasialen Oberstufe**

**gemäß der Verordnung über den Bildungsgang und die Abiturprüfung  
in der gymnasialen Oberstufe (APO-GOST)**

Sehr geehrte/r \_\_\_\_\_,  
wir bedauern, Ihnen mitteilen zu müssen, dass Sie/Ihre Tochter/Ihr Sohn \_\_\_\_\_ nach dem  
Wiederholungsjahr nicht zur Abiturprüfung zugelassen wurden/wurde/die Abiturprüfung auch  
im Wiederholungsfall nicht bestanden haben/hat. Sie/Ihre Tochter/Ihr Sohn verlassen/verlässt  
gemäß § 2 Abs. 1 APO-GOST die gymnasiale Oberstufe.

**Rechtsbehelfsbelehrung:** Gegen die Entscheidung über die Nichtzulassung/das Nichtbestehen und die Entlassung aus der gymnasialen Oberstufe kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe dieses Bescheides Widerspruch erhoben werden.

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

Mit freundlichem Gruß

\_\_\_\_\_  
Vorsitzende/r des Zentralen Prüfungsausschusses