

Schulstempel
--------------

**Besondere Lernleistung**

§ 17 APO-GOST

Name der Schülerin/des Schülers:	
Fach:	
Thema:	
Ausgangsbasis (z. B. Wettbewerb):	
	<input type="checkbox"/> Einzelarbeit <input type="checkbox"/> Gruppenarbeit (§ 17 Absatz 3 APO-GOST)

Genehmigung durch die/den Schulleiter/in (Datum, Unterschrift):	
Spätester Termin der Abgabe:	
Rücktritt:	
Fachlehrer/in:	

Beratungstermine	Beratungsergebnisse und Absprachen

Datum der Abgabe:	
Korrektor/in:	