

## ● Erstattung von vorgelegten Schülerfahrkosten für Herkunftssprachlichen Unterricht

Schülerin  Schüler

Name		Vorname	Geburtsdatum
PLZ und Wohnort		Straße und Hausnummer	
Klasse	Sprache des Herkunftssprachlichen Unterrichts		Schule die vormittags besucht wird

### Konto

Bank/Sparkasse	IBAN	BIC
----------------	------	-----

### Kontoinhaber/in

Name	Vorname
------	---------

Ort, Datum

Unterschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

**Eltern/Erziehungsberechtigte**  Herr  Frau

Name	Vorname	
PLZ und Wohnort	Straße und Hausnummer	Telefon (freiwillig)

### Bestätigung der Schule, an der der Herkunftssprachliche Unterricht stattfindet

Datum	Unterschrift Lehrer/in Herkunftssprachlicher Unterricht	Datum	Unterschrift des Schulsekretariats

**Die Rückerstattung von vorgelegten Schülerfahrkosten ist nur bis zum Ablauf von drei Monaten nach Schuljahresende möglich.**

Ich bin damit einverstanden, dass

- meine Angaben im Antrag auf Übernahme von Schülerfahrkosten verarbeitet werden.
- meine personenbezogenen Daten ausschließlich für den Zweck der Bewilligung und Abrechnung von Schülerfahrkosten verwendet werden.

### Erstattungszeitraum

(auszufüllen vom/von Lehrer/in)

### Wird vom

Amt für Schulische Bildung ausgefüllt

Monat	Teilnahmetage	Berechnung

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten bzw. volljähr. Schülerin/Schülers