

Antrag auf Erstattung von Schülerfahrkosten

1. Antragsteller:

Schüler/in: Name _____

Straße _____

PLZ Ort _____

2. Bankverbindung

Kontoinhaber: Name, Vorname _____

IBAN: _____
oder

Konto Nr.: _____

BLZ: _____

Name Institut: _____

3. Praktikumsanschrift

Name/Bezeichnung der Firma _____

Straße / PLZ / Ort: _____

4. **Abrechnungszeitraum** vom _____ bis _____

5. Unterbrechung des Praktikums wegen Krankheit, usw.:

Anzahl der Tage: Zeitraum/Datum:

6. **Gesamtbetrag lt. Aufstellung auf Seite 2:** EUR _____

Tag	Datum	Fahrt von	bis	Preis- gruppe	EUR		anerkannt
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							
GESAMT	./.	./.	./.	./.			

Ort / Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Name, Vorname _____ Klasse _____

Praktikum von _____ bis _____

Name / Anschrift Praktikumsstelle

Bitte Wert- / Fahrmarken sortiert nach Datum aufkleben