

LANDRATSAMT SAALE-ORLA-KREIS
FD Schulverwaltung
Oschitzer Straße 4
07907 Schleiz
Tel.: 0 36 63/488- 0

Fahrtkostenrückerstattung:

Klasse: _____ **Bildungsgang** _____

Name, Vorname des Schülers _____

Geburtsdatum: _____

Name, Vorname der Sorgeberechtigten: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Abrechnungszeitraum:

Zeitraum vom _____ Erstattungsbetrag: _____ €

Fehltage _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

(Name, Vorname)

(Straße)

(PLZ, Wohnort)

Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift des Schülers

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Stempel der Schule
und Unterschrift des Schulleiters

Anlage: aufgeklebte Fahrscheine