

| | | | |
|---|---------------------------|--|--|
| Nicht vom/von Antragsteller/in auszufüllen | Schule: | | |
| | Klasse: | | |
| | Erstattungsbeitrag | | |

Antrag auf Erstattung des Eigenanteils

| | |
|-----------------------------------|--------------------|
| Name, Vorname des/der Schülers/in | Straße, Hausnummer |
| Postleitzahl, Wohnort | Telefon |

| | | |
|--|--------------------|--------------|
| Nicht vom/von Antragsteller/in auszufüllen | | |
| Stadt/Gemeinde | Sachbearbeiter/in: | |
| | Telefon: | |
| <input type="checkbox"/> Der Bezug von Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe) wird bestätigt. | | |
| Ort, Datum | Siegel | Unterschrift |

Ich bitte, den mir verauslagten Eigenanteil nach dem Lernmittelfreiheitsgesetz in Höhe von € _____ gem. beiliegender Quittung auf folgendes Konto zu überweisen.

| | | |
|----------|--------------|--------------|
| IBAN-Nr. | Geldinstitut | Bankleitzahl |
|----------|--------------|--------------|

Falls von obigen Angaben abweichend:

| | |
|--|--------------------|
| Name, Vorname des/der Kontoinhabers/in | Straße, Hausnummer |
| Postleitzahl, Wohnort | Telefon |

| | |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
|------------|--------------|