

Nachname, Vorname des Erziehungsberechtigten bzw. des volljährigen Schülers <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Telefonnummer (für Rückfragen!)	Datum (Antragstellung)
Postanschrift	Bankverbindung (IBAN/BIC)	

**Stadt Menden (Sauerland)**

Der Bürgermeister  
Schulverwaltung  
Postfach 2852  
58688 Menden (Sauerland)

**Stempel der Schule** (zwingend erforderlich)

Schule

**Antrag auf Erstattung von Schülerfahrkosten**

für  mich  mein Kind  mein Enkelkind  mein Pflegekind

Nachname, Vorname des Schülers	zum <input type="checkbox"/> Schulbesuch <input type="checkbox"/> Betriebspraktikum	fiktive Kosten: ..... €
Abrechnungszeitraum von / bis	gem. Bescheid vom:	<input type="checkbox"/> pro Schultag <input type="checkbox"/> pro Monat <input type="checkbox"/> pro Schuljahr
Rückwirkende Kostenerstattung für die  <input type="checkbox"/> Benutzung von <b>öffentlichen Verkehrsmitteln</b> <i>(bitte die originalen Belege auf der Rückseite aufkleben!)</i> <input type="checkbox"/> Benutzung eines <b>privaten Fahrzeuges</b> <input type="checkbox"/> <b>Mitnahme</b> von weiteren Schülern mit dem PKW	Die Richtigkeit der Anwesenheitstage wird hiermit bestätigt: (zwingend erforderlich)	
		Klassenlehrer/in

Monat	Anwesenheitstage in der Schule (oder Praktikumsbetrieb)	Bitte nicht ausfüllen! Monatserstattungsbetrag
Januar		
Februar		
März		
April		
Mai		
Juni		
Juli		
August		
September		
Oktober		
November		
Dezember		
<b>Gesamterstattungsbetrag:</b>		

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen zum Antrag (Umzug, Schulabgang etc.) werde ich unaufgefordert und unverzüglich der Schule mitteilen. Wenn ich der genannten Verpflichtung nicht nachkomme oder unrichtige Angaben mache, werde ich die zu Unrecht erhaltenen Leistungen zurückerstatten.

.....  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten bzw. des volljährigen Schülers