MONTESSORISCHULE INGOLSTADT
Grundschule | Mittelschule | Gymnasium

Antrag zur Erstattung der Beförderungskosten (20-02-10)

Adresse (1. Wohnsitz Kind)

_____
Name, Vorname

_____
Klasse

_____
Straße

_____
Ort

_____ €
Beförderungskosten
(Belege sind beigefügt)

Intern / Buchhaltung:

Einrichtung	sachl. + rechnerisch geprüft	Zur Zahlung angewiesen
Kreditoren	Sachkonto	Kostenstelle

Ich versichere, dass ich die Voraussetzungen zur Kostenerstattung der Beförderungskosten erfülle. Die Voraussetzungen sind mir bekannt.

Voraussetzung:

☐ Mein Kind hat einen Schulweg (1. Wohnsitz, Fußweg) von mehr als 2 Kilometer und ist in der Jahrgangsstufe 1 – 4.

☐ Mein Kind hat einen Schulweg (1. Wohnsitz, Fußweg) von mehr als 3 Kilometern und ist in der Jahrgangsstufe 5 – 10.

Eine Entscheidung über die Kostenfreiheit oder einen Kostenzuschuss obliegt dem Pädagogischen Zentrum Förderkreis + Haus Miteinander gGmbH (Schulträger).

_____
Datum, Unterschrift

Kontoverbindung zur Erstattung der Beförderungskosten:
(bitte unbedingt ausfüllen, sonst keine Erstattung möglich)

_____
Name, Vorname des Kontoinhabers

IBAN: _____

BIC: _____

_____ _____
Name der Bank Datum, Unterschrift