
Name, Vorname eines Erziehungsberechtigten
(Antragsteller)

Postleitzahl, Wohnort

Straße, Hausnummer

Landkreis Stade
Amt für Schulen und Sport
Am Sande 2

21682 Stade

Anlage

zum Antrag auf Erstattung von Schülerbeförderungskosten bei Pkw-Benutzung

für die Zeit vom _____ bis _____

Genauere Angabe des Stundenplanes bzw. der genauen täglichen Praxiszeiten des Praktikums (Anfangs- und Endzeiten):

| | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|--------|--------|----------|----------|------------|---------|
| Beginn | Uhr | Uhr | Uhr | Uhr | Uhr |
| Ende | Uhr | Uhr | Uhr | Uhr | Uhr |

Anzahl der Tage, an denen eine Beförderung durchgeführt wurde in den Monaten:

| Januar | Februar | März | April | Mai | Juni |
|--------|---------|-----------|---------|----------|----------|
| | | | | | |
| Juli | August | September | Oktober | November | Dezember |
| | | | | | |

Entfernung zwischen Wohnort und Schule (einfache Entfernung): _____ km

Täglich Hin- und Rückfahrt

Täglich nur Hinfahrt

Täglich nur Rückfahrt

Bitte wenden!

Mitnahmemöglichkeit?

Wenn ja, bei wem?

Name: _____

Anschrift: _____

Fahrgemeinschaft?

Wenn ja, welche Schüler wurden befördert?

Name: _____

Anschrift: _____

Warum wurden öffentliche Verkehrsverbindungen (z.B. Linienbus) nicht benutzt?

- Es bestehen keine Verbindungen
- Zeitlich ungünstige Verbindungen
- andere Gründe:

Hinweis: Eine Bearbeitung des Antrages auf Erstattung von Schülerbeförderungskosten ist nur möglich, wenn dieser vollständig ausgefüllt, unterschrieben und von der Schule bestätigt wurde.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und bitte um Erstattung im Rahmen der Satzung.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)