



An das

Landratsamt Sömmerda
Schulverwaltungsamt
Bahnhofstraße 9
99610 Sömmerda

Abrechnungsnachweis

zum Antrag auf

Erstattung von Schülerbeförderungskosten

Abrechnungszeitraum:

vom _____ bis _____

1. Schüler/in

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Haus-Nr.			
PLZ, Ort			

2. Schule

Name		Klassenstufe	
------	--	--------------	--

3. Fahrtkosten im Abrechnungszeitraum

Gesamtsumme	
-------------	--

4. Hinweise

- Beim Kauf der Fahrkarten ist die jeweils kostengünstigste Variante (z. Bsp. Schülerwochenkarten, Schülermonatskarten etc.) zu wählen.
- Bitte kleben Sie die Fahrkarten als Nachweise ordnungsgemäß und in zeitlich geordneter Reihenfolge auf.
- Nummerieren Sie alle zusätzlich beigefügten Seiten.
- Bei Rückfragen sind wir gern für Sie erreichbar unter Telefonnummer 03634 354-413.

5. Erklärung

Ich versichere, dass alle zur Kostenerstattung eingereichten Fahrausweise ausschließlich für Fahrten auf dem Schulweg verwendet wurden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Schüler / gesetzlicher
Vertreter bei Minderjährigen)

6. Bestätigung der Schulleitung (durch die Schule auszufüllen)

(Ort, Datum)

(Unterschrift, Schulstempel)

Anlage

Seiten mit Nachweisen: _____ (bitte Anzahl hier eintragen)