

Die ausgefüllte Abrechnung bitte 2 x ausdrucken und unterschreiben. Bitte beide Ausdrucke einreichen.

Abrechnung von Schülerfahrtkosten zum

Schulbesuch vom:
Praktikumsbesuch bis:

Märkischer Kreis
- Fachdienst Schulverwaltung –
Postfach 2080
58505 Lüdenscheid

Stempel der Schule/Praktikumsstelle

Name, Vorname, Straße, Hausnummer, Wohnort, Telefon

Monat	anwesende Schultage	entschuldigte Fehltage
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 X	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 X
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 X	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 X
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 X	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 X
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 X	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 X
Erstattungsbetrag insgesamt:		

Diese Felder bitte nicht ausfüllen!

Für im Kfz mitgenommene Schüler ist eine zusätzliche Abrechnung erforderlich.

Nur beim Praktikumsbesuch: von der Praktikantenstelle werden _____ Euro Fahrtkosten übernommen.

Die Richtigkeit der Anzahl der Schultage / Praktikantentage wird hiermit bestätigt: _____
Unterschrift der Schule / der Praktikumsstelle

Kontoänderungen bitte deutlich anzeigen!

IBAN	BIC	Konto-Inhaber
------	-----	---------------

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben.
Mir ist gekannt, dass falsche Angaben strafrechtlich
verfolgt werden können.

Unterschrift des Erziehungsberechtigten oder des volljährigen Schülers

Nicht vom Antragsteller auszufüllen!

1. Erstattungsbetrag _____
2. ADV-Eingabe-Datum _____