



## Rückerstattungsantrag zur Übernahme der Schülerfahrkosten

### 1. Personalien des Kindes

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Schulort / Klasse \_\_\_\_\_

### 2. Personalien der Eltern

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

### 3. Antrag zur Übernahme folgender Schülerfahrkosten

Wohnort bis Lyss und zurück (Psychomotorik)

Wohnort bis Logopädiestandort

Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Anzahl Retourfahrten \_\_\_\_\_

Bemerkung \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern \_\_\_\_\_

### 4. Bestätigung der Lehrperson

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

### 5. Berechnung des Betrags

Anzahl Besuche x Einzeltarif Halbtax (retour) \_\_\_\_\_

Anzahl Besuche x 00.70 pro km \_\_\_\_\_

**Total** \_\_\_\_\_

Schulleitung Spezialunterricht \_\_\_\_\_ iV B. Muster

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Beilagen:** **Einzahlungsschein** (zur Überweisung)

**Das ausgefüllte Formular zurücksenden an:**

Schulsekretariat Schüpfen  
Dorfstrasse 17  
3054 Schüpfen