

Reisekosten-Erstattungsantrag für Rollstuhl-Taxi

Vorname: _____ Schulart: _____ Kontoinhaber*in: _____
 Nachname: _____ Förderzentrum Kreditinstitut: _____
 Straße/Nr.: _____ Gemeinschaftsschule IBAN: _____
 PLZ/Ort: _____ Gymnasium BIC: _____
 Telefon: _____ Berufsbildende Schule
 Schule: _____

Delegierte*r zum Landesschülerparlament (LSP): ja nein Vertreter*in begleitende Lehrkraft/ Begleitperson

| Strecke Nr. | Datum | Veranstaltung | von (Ort) | nach (Ort) | Betrag |
|-------------|-------|---------------|-----------|------------|--------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |

Summe: _____ €

Ich versichere pflichtgemäß die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum

sachlich und rechnerisch richtig

Büroleitung LSV

Unterschrift

genehmigt

Datum, Unterschrift Landesverbindungslehrkraft

**Bitte das Original zurück an: Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Büro der Landesschülervertretung SH,
Judith Schlifke III3213, Brunswiker Str. 16-22, 24105 Kiel**

Belege auf die Rückseite kleben oder anheften!