



Schloss Gaienhofen

Evangelische Schule
am Bodensee

Antrag und Entscheidung Geschwisterrabatt

Name, Vorname Antragsteller/ Erziehungsberechtigte/r (beide)		
Vollständige Anschrift		
Kinder an der Schule / Kinder neu an der Schule		
Vorname: _____	ab/ seit SJ _____/ _____	in Klasse _____
Vorname: _____	ab/ seit SJ _____/ _____	in Klasse _____
Vorname: _____	ab/ seit SJ _____/ _____	in Klasse _____
Vorname: _____	ab/ seit SJ _____/ _____	in Klasse _____

Wir beantragen den Geschwisterrabatt für das
<input type="checkbox"/> laufende Schuljahr
<input type="checkbox"/> folgende Schuljahr
(Antrag immer nur für ein Schuljahr möglich)

Mir/ uns ist bekannt, dass der Geschwisterrabatt immer nur für ein Schuljahr gewährt wird.
Für die folgenden Schuljahre ist jeweils eine erneute Antragstellung erforderlich.
Der Geschwisterrabatt wird mit den Schulgeldrechnungen verrechnet. Eine Barauszahlung ist nicht möglich.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Bitte richten Sie ihren Antrag an:
Schloss Gaienhofen – Evang. Schule am Bodensee
Verwaltung
Schlossstr. 6
78343 Gaienhofen

Von der Verwaltung auszufüllen:

Sozialfondprüfung	Bemerkungen / Hinweise
Mittel vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	

Feststellung der Verwaltung:

Die Kriterien für die Vergabe eines Geschwisterrabatts

für das 2. Kind (Vorname) _____ (in Höhe von 30 €) ab Monat _____ Jahr _____

für das 3. Kind (Vorname) _____ (in Höhe von 60 €) ab Monat _____ Jahr _____

für das 4. Kind (Vorname) _____ (in Höhe von 60 €) ab Monat _____ Jahr _____

liegen vor nicht vor.

Datum, Unterschrift Assistentin der Verwaltungsleitung / Verwaltungsleitung

Datum	Bearbeitungsvermerke Verwaltung	Handzeichen
	Eingangsbestätigung an die Eltern per Email.	
	Prüfung des Antrags auf Vollständigkeit und Freigabe.	
	Weitergabe an Fakturierung zur Bestätigung und Berechnung.	