



**Schloss Gaienhofen**

Evangelische Schule  
am Bodensee

## Antrag und Entscheidung auf Geschwisterrabatt

Antrag vom (Eing.-dat.)	Name, Vorname Antragsteller/ Erziehungsberechtigte/r (beide)	Adresse und Wohnort
<b>Kinder an der Schule</b>		
Vorname: _____	ab/ seit SJ _____/ _____	in Klasse _____
Vorname: _____	ab/ seit SJ _____/ _____	in Klasse _____
Vorname: _____	ab/ seit SJ _____/ _____	in Klasse _____
Vorname: _____	ab/ seit SJ _____/ _____	in Klasse _____
<b>Wir beantragen:</b>		<b>Rabatt in Vorjahr</b> <b>Höhe insg.</b>
<input type="checkbox"/> Geschwisterrabatt		<input type="checkbox"/> ja                      _____ EUR/ Monat <input type="checkbox"/> nein

Mir/ uns ist bekannt, dass der Geschwisterrabatt immer nur für ein Schuljahr gewährt wird.  
Für die folgenden Schuljahre ist jeweils eine erneute Antragstellung erforderlich.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

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

### Von der Verwaltung/Schulleitung auszufüllen:

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

#### Feststellung der Verwaltung für den Geschwisterrabatt:

Die formalen Kriterien für die Vergabe eines

- Geschwisterrabatts**
- für das 2. Kind (Vorname) \_\_\_\_\_ (gem. der aktuellen Preisliste) ab Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_
- für das 3. Kind (Vorname) \_\_\_\_\_ (gem. der aktuellen Preisliste) ab Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_
- für das 4. Kind (Vorname) \_\_\_\_\_ (gem. der aktuellen Preisliste) ab Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

vor     nicht vor.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Buchhaltung/ VL

Bearbeitungsvermerke Verwaltung		