

**Antrag auf Gewährung eines  
Geschwisterrabatts**



**Schloss Gaienhofen**

Evangelische Schule  
am Bodensee

Name, Vorname Erziehungsberechtigter	Name, Vorname Erziehungsberechtigter

Nachstehende/s Kind/er ist/sind zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits an der Schule:

Vorname	Klasse
Vorname	Klasse
Vorname	Klasse

Für nachstehendes Geschwisterkind beantragen wir einen Geschwisterrabatt:

Vorname	Antrag für	Schulart
	<input type="checkbox"/> das bereits laufende Schuljahr <input type="checkbox"/> das Schuljahr 20____ / 20____	<input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Allgemeines Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufliches Gymnasium

Bemerkung

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

Bearbeitungsvermerke Verwaltung