

VERTRAULICH

**BERECHNUNGSGRUNDLAGE
SCHULGELD UND BUSGEBÜHREN**

Name: Vorname:

Telefon (privat): (dienstlich):

Beruf / Selbstständig: Arbeitgeber:

Adresse des Arbeitgebers:

Name: Vorname:

(dienstlich):

Beruf / Selbstständig: Arbeitgeber:

Adresse des Arbeitgebers:

Folgende Rechnungen sollen direkt an den Arbeitgeber gesandt werden:

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Schulgeld | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Kindergartengebühren | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Busgebühren | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Gebühr für verlängerte Kindertage Mo, Mi, Fr bis 15.30 Uhr | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Gebühr für Nachmittagsbetreuung | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

Anzahl der Kinder:

Name	Vorname	Alter	Schule / Klasse	Kindergarten

- Ich bin / wir sind Selbstzahler,**
d.h. es besteht kein Erstattungsanspruch hinsichtlich der von der Schule erhobenen
Gebühren gegenüber Dritten, gleich in welcher Höhe und aus welchem Rechtsgrund. Eine Bestätigung
meines Arbeitgebers liegt an.
- Da kein Erstattungsanspruch besteht, beantrage ich hiermit, die Geschwisterermäßigung zu gewähren.
Mir ist bekannt, dass die Geschwisterermäßigung zu Beginn eines jeden Schuljahres erneut beantragt
werden muss.

Der Schulverein behält sich eine Überprüfung der Angaben vor. Unrichtige und/oder unvollständige Angaben
können zu finanziellen Nachforderungen durch den Verein führen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Datum..... Unterschrift.....

CONFIDENTIEL

**BASE DE CALCUL DES FRAIS DE
SCOLARITÉ ET DE TRANSPORT SCOLAIRE**

Nom: Prénom:

Téléphone (privé): Bureau:

Profession / Indépendant: Employeur:

Adresse de l'employeur:

Nom: Prénom:

Bureau:

Profession / Indépendant: Employeur:

Adresse de l'employeur:

Les factures suivantes doivent être envoyées directement à l'employeur:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Frais de scolarité | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Cotisations pour l'école maternelle | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Frais de transport scolaire | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Cotisation du prolongation de cours à la maternelle
lundis/ mercredis/vendredis jusqu'à 15h30 | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Frais du centre périscolaire | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| nombre d'enfants..... | | |

Nom	Prénom	Age	Ecole/Classe	Maternelle

- Nous sommes une famille dénommée « Selbstzahler »**
Les personnes ou familles dénommées "Selbstzahler" payent eux-mêmes les frais de scolarité et ne perçoivent strictement aucune aide financière d'un tiers (quel que soit le montant ou quelle que soit la raison) pour régler ces frais.
- En raison de la non-prise en charge par l'employeur, je demande par la présente une réduction des frais pour le 2ème, 3ème enfant **et les suivants**. J'ai connaissance que la demande de réduction des frais de scolarité liée au nombre d'enfants doit être renouvelée au début de chaque année scolaire.

L'Association de l'école se réserve le droit d'examiner les documents fournis et de revoir les conditions financières initialement accordées dans le cas où ces documents sont incorrects ou incomplets.

Avec ma signature, je confirme la conformité de toutes les indications faites ainsi.

Date.....

Signature.....