

Landratsamt Saale-Orla-Kreis
FD Schulverwaltung
Oschitzer Str. 4
07907 Schleiz
Tel. 0 36 63/488-0

Schule: _____

Klasse: _____

Kostenrückerstattung Praktikum

Antragsteller

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Praktikumsbetrieb: _____
(Anschrift des Betriebes)

Abrechnungszeitraum: (bitte chronologisch aufgeklebte Fahrscheine / Belege beilegen)

Zeitraum vom _____ Betrag: _____ €

Zeitraum vom _____ Betrag: _____ €

Gesamtbetrag: ===== €

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____
(Name, Vorname)

(Straße)

(PLZ, Wohnort)

Es werden nur Fahrtkosten entsprechend der Verwaltungsvorschrift über das Betriebspraktikum für Schüler der allgemeinbildenden Schulen in Thüringen vom 8. April 1997 erstattet.

Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
oder des Schülers

Stempel der Schule
und Unterschrift des Schulleiters