

**ANTRAG AUF GESCHWISTERERMÄSSIGUNG**  
(siehe „Geschwister- und Sozialrabatt“ auf der Gebührenordnung)

Antrag gilt für das Schuljahr 20\_\_ / \_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_

Name des Kindes:	Klassenstufe:

1. Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und mir die aufgeführten Kosten tatsächlich entstehen bzw. entstanden sind.
2. Die Ermäßigung wird ab dem Kalendermonat nach Eingang des Antrages gewährt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_