

Antragsteller/in

Name des/der Erziehungsberechtigten: _____

Adresse/Wohnort: _____

E-mail/ Telefonnummer: _____

Gemeindevorstand der
Marktgemeinde Kronstorf
Brucknerplatz 1
4484 Kronstorf

Kronstorf, _____

**Ansuchen um freiwillige familienfördernde Maßnahme
zur Leistung des Schulerhaltungsbeitrages**

Name des Kindes/der Kinder

Vorname: _____	Familienname: _____
geb.: _____	Staatsbürgerschaft: _____
Schule: _____	Klasse: _____
	Schulbesuch bis: _____
Vorname: _____	Familienname: _____
geb.: _____	Staatsbürgerschaft: _____
Schule: _____	Klasse: _____
	Schulbesuch bis: _____

Ich/Wir ersuche/n um Gutschrift auf folgendes Konto:

IBAN: _____

lautend auf: _____

Ich verpflichte mich einen eventuellen Schulwechsel meines/r Kindes/r der Marktgemeinde Kronstorf umgehend bekannt zu geben und einen unberechtigten Übergenuß zurückzuzahlen.

Monatlich zu leistender
Schulerhaltungsbeitrag:

Der Schulbesuch und Schulerhaltungsbeitrag
wird bestätigt:

**Schulstempel
Datum und Unterschrift**

**U n t e r s c h r i f t
des/r Erziehungsberechtigten**

Informationen zum Datenschutz finden Sie auf der Homepage der Marktgemeinde Kronstorf unter
www.kronstorf.at