

Erstattungsantrag

Kreis Lippe - Eigenbetrieb Schulen - 32756 Detmold

Name:	
Vorname:	
Straße+Hausnr.:	
PLZ:	
Ort:	
Telefon/Mobil:	
E-Mail:	
Klasse:	
Schuljahr:	20____ / 20____
Datum:	

- Dietrich-Bonhoeffer-Berufskolleg
- Felix-Fechenbach-Berufskolleg
- Fürstin-Pauline-Schule
- Hanse-Berufskolleg
- Karla-Raveh-Gesamtschule
- Lüttfeld-Berufskolleg

Praktikumsstelle:

- Praktikum Schule

!! Geben Sie bitte Ihre Bankverbindung an !!

Bitte beides angeben!

IBAN	
BIC	
Kontoinhaber	
Name der Bank	

Bitte die Tage ankreuzen, an denen Sie im Praktikum / in der Schule waren:

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Die angegebenen Schultage/Praktikumstage bestätige ich:

 Unterschrift d.
 Schülers/Schülerin d.
 Erziehungsberechtigten

 Unterschrift d. Lehrerin/Lehrers

 Unterschrift + Stempel
 d. Praktikumsstelle

Bitte NICHT ausfüllen!

Datum:		Gebucht am	
Sachlich und rechnerisch richtig:		Bezahlt am	
Lieferant	Kostenart		

Bitte die Angaben auf Seite 2 nicht vergessen!

