
Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten

Straße

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

Schulverband im Amt Eiderkanal
Schulstraße 36
24783 Osterrönfeld

**Antrag auf Ermäßigung/Befreiung im Rahmen der Geschwisterregelung für das
Schuljahr 2025/2026**

Für folgende Kinder werden die Kosten der Schülerbeförderung übernommen:

1.	_____ Name, Vorname	_____ geb. am	_____ Schule	_____ Klassen- stufe
2.	_____ Name, Vorname	_____ geb. am	_____ Schule	_____ Klassen- stufe
3.	_____ Name, Vorname	_____ geb. am	_____ Schule	_____ Klassen- stufe
4.	_____ Name, Vorname	_____ geb. am	_____ Schule	_____ Klassen- stufe

**Für folgendes Kind / folgende Kinder soll die Ermäßigung / Befreiung in Anspruch
genommen werden (Ermäßigung nur für das 2. Kind, Befreiung nur ab dem 3. Kind
möglich):**

Name, Vorname

Name, Vorname

Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten