

**Antrag für Fahrten zum Schülerbetriebspraktikum
für Schüler/innen mit Hauptwohnung im Landkreis Oder-Spree**



Landkreis Oder-Spree
Amt für Bildung, Kultur und Sport
Breitscheidstraße 7
15848 Beeskow

Hinweise zum Ausfüllen dieses Formulars

Bitte füllen Sie dieses Formular in Druckschrift und gut lesbar aus.
Prüfen Sie die Vollständigkeit Ihrer Angaben!

Anspruch auf Übernahme bzw. Erstattung von
Fahrtkosten erfolgt erst ab Zeitpunkt der
Antragstellung (Eingang im Amt für Bildung,
Kultur und Sport) !

1. Angaben Schüler/in

Name: Vorname:

weiblich männlich Geb.-Datum:

Hauptwohnung

PLZ: Ort: Ortsteil:

Straße: Nr.:

2. Personensorgeberechtigter der Schülerin/ des Schülers

Name: Vorname:

Hauptwohnung

PLZ: Ort: Ortsteil:

Straße: Nr.:

Telefon (Pflichtangabe):

3. Angaben zur Schule

Schule:

Klasse:

4. Anschrift der Praktikumsstelle

Firma:

Straße:

PLZ: Ort:

5. Angaben zum Praktikum

Zeitraum des Praktikums:

vom bis

Bei einem nur einmal wöchentlich stattfindenden Praktikum den jeweiligen Wochentag angeben!

.....


Tägliche Arbeitszeit:

von bis

Praktikumsort:

.....

6. Nutzung kombinierter Verkehrsmittel

| Einstiegsstelle | | Ausstiegsstelle | |
|--|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bahn | ..... | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Bus | ..... | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Straßenbahn | ..... | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> S-Bahn | ..... | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Nutzung eines Privatfahrzeuges – Auf gesondertem Blatt ist zu begründen, warum die Nutzung des Privatfahrzeuges unbedingt erforderlich ist. | | | |
| <input type="checkbox"/> Schülerspezialverkehr | | | |
| <input type="checkbox"/> vorübergehende Behinderung | | <input type="checkbox"/> Bescheinigung des behandelnden Facharztes über die Art der Behinderung und die voraussichtliche Dauer | |
| <u>als Anlage beigefügt:</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> dauernde Behinderung Art: | | <input type="checkbox"/> Bescheid des Staatlichen Schulamtes einreichen | |
| <input type="checkbox"/> sonderpädagogischer Förderbedarf → | | | |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> umsetzbar | <input type="checkbox"/> nicht umsetzbar |  |
| <input type="checkbox"/> keine zumutbare Anbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln | | | |

Hiermit erkläre ich, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift eines Personensorgeberechtigten