

**Absender:**

Vorname; Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ; Ort: \_\_\_\_\_

Schulverband Mollhagen  
c/o Amt Bad Oldesloe-Land  
GZ 15  
Louise-Zietz-Str. 4  
23843 Bad Oldesloe

**Antrag auf anteilige Erstattung der Kursgebühr  
der „Offenen Ganztagschule“ der Grundschule Mollhagen  
(bei Kursausfall von mehr als viermal pro Schulhalbjahr)**

**Name des Kurses:** \_\_\_\_\_

**Datum der Ausfalltage:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Kursteilnehmer/in:**

Vor-und Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

Anschrift des Kindes: \_\_\_\_\_

Klassenstufe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

**Hinweise:**

Der Betrag wird ihr Konto erstattet, von welchen die Kursgebühr abgebucht wurde.  
Eine gesonderte Bescheiderstellung erfolgt nicht.

**Das Formular per Post, Fax (04531 1761 60) oder per eMail (Schaltfläche)  
zurücksenden**