

Antrag auf Aussetzung des Schulgeldes

Hiermit beantrage/n ich/wir eine **Aussetzung des Schulgeldes nach §6 (1) der Schulgeldregelung:**

„Bei einer Erkrankung des Schülers/der Schülerin von mehr als zwei Monaten kann auf formlosen Antrag unter Beifügung eines ärztlichen Attests die Verpflichtung zur Zahlung des Schulgeldes ausgesetzt werden. Die Befreiung gilt rückwirkend ab dem Zeitpunkt des Eingangs des Antrags bei der Schulgeldstelle des Erzbistums Berlin. Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Posteingangs.“

für den/die Schüler:in:

Vor- und Zuname des Schülers / der Schülerin: _____

an der: _____ Schulart: _____

für folgenden Zeitraum von: _____ bis: _____

(Personensorgeberechtigte/r)

(Personensorgeberechtigte/r)

(Adresse, PLZ, Ort)

(Adresse, PLZ, Ort)

(Email-Adresse)

(Email-Adresse)

(Ort) (Datum)

(Ort) (Datum)

(Unterschrift)

(Unterschrift)

BITTE SENDEN SIE DAS VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE FORMULAR PER E-MAIL an

schulgeld@erzbistumberlin.de

ODER POST AN

Schulgeldstelle
Erzbischöfliches Ordinariat
Niederwallstr. 8-9
10117 Berlin