Ansuchen um Unterstützung

|  |
| --- |
| Unterstützungsverein des  Akademischen Gymnasiums  Akademiestraße 26  5020 Salzburg  Telefon: 0662 / 829142  Fax: 0662 / 829142-17  Email: sekretariat.ags@salzburg.at |
| **Antragsteller** (Erziehungsberechtigter) |
|  |
| **Name des Kindes**  **Klasse** |
|  |
| **Zweck** (Veranstaltung)  **Veranstaltungstermin**  **Gesamtkosten**  **benötigter Betrag** |
|  |
| **Begründung für die Notwendigkeit der Unterstützung**  (Familiensituation, Alleinerzieher, Geschwister, Einkommenssituation) |
|  |
| Zahlung erbeten bis |
|  |
| **Überweisung auf das Konto**  Begünstigter  Kontonummer  Bankleitzahl  Bankinstitut |
|  |
| **Kenntnisnahme des Klassenvorstands** |

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers