Ansuchen um Unterstützung

|  |
| --- |
| Unterstützungsverein desAkademischen GymnasiumsAkademiestraße 265020 SalzburgTelefon: 0662 / 829142Fax: 0662 / 829142-17Email: 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**BegünstigterKontonummerBankleitzahlBankinstitut |
|  |
| **Kenntnisnahme des Klassenvorstands** |

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers