



EINGANGSVERMERK
Tag der Antragstellung

Lernförderbedarf - Bestätigung des Anbieters

Bildung und Teilhabe

Allgemeine Angaben der Antragstellerin/des Antragstellers

Name, Vorname	Aktenzeichen/Bedarfsgemeinschaftsnummer
Anschrift	

Angaben zur Schülerin/zum Schüler

Name, Vorname	Geburtsdatum
Schule	Klassenstufe

Vom Anbieter auszufüllen!

Es handelt sich um reine Lernförderung – keine Therapie bei Legasthenie/Dyskalkulie.
Für die Schülerin/den Schüler besteht das nachstehende Angebot zur Lernförderung

Unterrichtsfach	Stunden pro Woche	Unterrichtsfach	Stunden pro Woche
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zeitraum von bis

Kosten der Lernförderung

	Einzelunterricht	Gruppenunterricht
<input type="checkbox"/> 45 min	EUR <input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 60 min	EUR <input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 90 min	EUR <input type="text"/>	EUR <input type="text"/>

Leistungsanbieter

Die Lernförderung wird durchgeführt durch

Name

Anschrift

Bankverbindung des Leistungsanbieters

Name des Kontoinhabers

Bezeichnung des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Verwendungszweck

Ansprechpartner und Bestätigung durch den Leistungsanbieter

Frau/Herr

Telefon

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Leistungsanbieters