

Datum: XX.XX.XXXX
Mein Zeichen: XX
Durchwahl: XXXXXXXX

Antrag auf Übernahme von Kosten für eine
Klassenfahrt **Abschlussfahrt**

Angaben von der Assistenzkraft

Schule:		
Name und/ oder Klasse* der Schülerin/ des Schülers:		
PA <input type="checkbox"/> Klassenass. <input type="checkbox"/> Drittkraft <input type="checkbox"/> SPF <input type="checkbox"/>		
Name der Assistenzkraft:		
Wochenstunden lt. Arbeitsvertrag:		
Ziel der Klassenfahrt:		
Abfahrt (Datum und Zeit):		
Rückkehr (Datum und Zeit):		
Sachkosten (Fahrtkosten, Eintrittsgelder etc.) der Klassenfahrt:		
Kosten für Mehrarbeit (wird von AG eingetragen):	Std.:	Summe:
Gesamtkosten (wird von AG eingetragen):		

* für den Bereich Wahrnehmung und Entwicklung bitte nur die Klasse eintragen

Werden noch **weitere Schüler_innen** von der Assistenzkraft unterstützt, die nicht an der Klassenfahrt teilnehmen? Ja Name des/der SchülerIn: _____

Datum

Unterschrift der Assistenzkraft

Angaben von der Schulleitung/ZuP- Leitung (sofern die Assistenzkraft weitere SchülerInnen unterstützt):

Ist eine Vertretung für die Assistenzkraft erforderlich, um die Teilhabe am Unterricht dieser SchülerInnen sicherzustellen?

Ja Umfang Nein Der Einsatz einer Nachtwache ist erforderlich

Sonstiges: _____

Datum

Unterschrift der Schulleitung/ZuP- Leitung

Bewilligung durch die Senatorin für Bildung und Wissenschaft _____

Datum: XX.XX.XXXX
Mein Zeichen: XX

Durchwahl: XXXXXXXX

Antrag auf Übernahme von Sachkosten für einen Tagesausflug

Angaben von der Assistenzkraft

Schule:		
Name der Schülerin/ des Schülers (nur im PA-Bereich):		
PA <input type="checkbox"/>	Klassenass. <input type="checkbox"/>	Drittkraft <input type="checkbox"/> SPF <input type="checkbox"/>
Klasse der Schülerin/ des Schülers:		
Name der Assistenzkraft:		
Datum des Ausflugs:	Datum:	Uhrzeit:
	von:	bis:
Reguläre Arbeitszeit:	von:	bis:
Ziel des Ausflugs:		
Sachkosten (Fahrkosten, Eintritt) des Ausflugs:		

Werden noch **weitere SchülerInnen** von der Assistenzkraft unterstützt, die nicht an dem Tagesausflug teilnehmen? Ja

Name des/der SchülerIn: _____

Datum

Unterschrift der Assistenzkraft

Angaben von der Schulleitung/ZuP- Leitung

Sofern, die Assistenzkraft weitere SchülerInnen unterstützt:

Ist eine Vertretung für die Assistenzkraft erforderlich, um die Teilhabe am Unterricht von **dieser** SchülerIn sicherzustellen?

Ja

wenn ja, Umfang

Nein

Datum

Unterschrift der Schulleitung/ZuP- Leitung

Bewilligung durch die Senatorin für Bildung und Wissenschaft _____