



Antrag für den Fahrdienst zur Schule

Hinweis: Diesen Antrag bitte umgehend an die Schule oder das Schulamt zurückgeben!
Bitte in Druckbuchstaben leserlich ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen.

Das Formular kann ausgefüllt per E-Mail gesandt werden an schuelerbefoerderung@stadt.mainz.de.



Bestätigung des Schulbesuchs durch die Schule:

Datum

Handzeichen

Schulstempel

1. Angaben Hauptwohnsitz Schüler:in

| | | | |
|---------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Familiename | | Vorname/n | |
| Geburtsdatum | | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | |
| Straße Hausnummer | | PLZ | Ort |

2. Angaben gesetzliche Vertreter:innen

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------|-----|
| Familiename | | Vorname/n | |
| <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Person | E-Mail | Telefon tagsüber (bitte immer angeben) | |
| Straße Hausnummer (falls nicht mit Schüler:in identisch) | | PLZ | Ort |
| Familiename | | Vorname/n | |
| <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Person | E-Mail | Telefon tagsüber (bitte immer angeben) | |
| Straße Hausnummer (falls nicht mit Schüler:in identisch) | | PLZ | Ort |

3. Angaben über den Schulbesuch zum neuen Schuljahr

| | |
|------------------------------------------------|---------------|
| Name der Schule | Schulstandort |
| Klassenstufe ____ im Schuljahr 20 ____/20 ____ | |

Weitere Informationen zur Verwendung Ihrer Daten finden Sie auch unter www.mainz.de/dsgvo.

Ort | Datum

Familiennname, Vorname/n
der gesetzlich vertretenden Person
in Druckbuchstaben

Ort | Datum

Unterschrift
gesetzlich vertretende Person,
bei Volljährigkeit Unterschrift Schüler:in

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Schulamt Mainz

Diese Bescheinigung bitte vom Arzt bzw. der Ärztin ausfüllen lassen und umgehend an die Schule oder das Schulamt zurückgeben!

Angaben Schüler:in

| | | |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Familienname | Vorname/n | |
| Geburtsdatum | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | |
| Straße Hausnummer | PLZ | Ort |

Der/Die Schüler:in kann

- den Schulweg nicht selbständig mit öffentlichen Verkehrsmitteln bewältigen.
- den Schulweg nicht selbständig zu Fuß bewältigen.

- Der/Die Schüler:in ist auf einen Fahrdienst zur Schule mit einem Schulbustransport im Schuljahr 20__/20__ angewiesen.

Ort | Datum

Unterschrift Ärzt:in

Stempel Praxis