



Abrechnungsformular Reisekosten Psychomotorik Wetzikon

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und lassen die Termine von der Therapiestelle bestätigen.
Anschliessend senden Sie das Formular an die folgende Adresse: **Schulverwaltung Primarschule Wildberg, Schulhausstrasse 18, 8489 Wildberg**. Die Auszahlung erfolgt semesterweise (Ende Juli und Ende Dezember).

Kind

Name: _____ Vorname: _____
Klasse: _____

Rechnungssteller/in

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ: _____ Ort: _____

Reisedaten

| Datum |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Rückerstattung

Entschädigt wird pauschal für den Hin- und Rückweg insgesamt: sFr. 22.-

Gemäss folgenden Angaben:

Bankkonto: IBAN-Nr. _____
Postfinance: IBAN-Nr. _____

Bestätigungen	Datum	Unterschrift
Rechnungssteller/in		
Therapie Fachstelle		Stempel und Unterschrift
Schulleitung		

Kontierung	Soll	Haben
------------	------	-------