|  |  |
| --- | --- |
| Name der Eltern: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Email: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Musikschule Region Stein

Schulleitung

Münchwilerstrasse 10

4332 Stein AG

Ort, 14. April 2025

**Gesuch für die partielle Rückerstattung des Semesterschulgelds bei längerer Absenz infolge Krankheit/Unfall**

Sehr geehrte Musikschulleitung

Mit diesem Schreiben stellen wir – gegen Vorweisen eines Arztzeugnisses – das Gesuch für die partielle Rückerstattung des Semesterschulgelds (Anzahl verpasste Lektionen minus 1) für unser Kind:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Geburtsdatum: | .Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
| Instrument: | Wählen Sie ein Element aus. | | |
| Musiklehrperson | Wählen Sie ein Element aus. | | |

Angaben zum Zeitraum:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Von: | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. | Bis: | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |

Das Gesuch wird aus folgenden Gründen gestellt:

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Wir danken Ihnen für die Prüfung unseres Gesuchs

Mit freundlichen Grüssen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Vorname: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Unterschrift: ...................................................................