

Office franco-allemand pour la Jeunesse
51, rue de l'Amiral-Mouchez
75013 Paris - Frankreich
☎ +33 1 40 78 18 18
Fax: +33 1 40 78 18 88
www.ofaj.org



Deutsch-Französisches Jugendwerk
Molkenmarkt 1
10179 Berlin
☎ 030 288 757 0
Fax: 030 288 757 87
www.dfwj.org

ZUSCHUSSANTRAG Brigitte-Sauzay-Programm

- ✓ **DER ANTRAG MUSS SPÄTESTENS EINEN MONAT VOR BEGINN DES AUFENTHALTS IN FRANKREICH ÜBER DIE SCHULBEHÖRDE EINGEREICHT WERDEN (es zählt der Posteingangsstempel des DFJW).**
- ✓ **UNVOLLSTÄNDIGE ANTRÄGE KÖNNEN NICHT BERÜCKSICHTIGT WERDEN**

<u>Deutsche Schule</u>	<u>Französische Schule</u>
Bundesland : _____	Académie : _____
Name der Schule : _____ _____	Name der Schule : _____ _____
Straße : _____	Straße : _____
PLZ / Ort : _____	PLZ / Ort : _____
Telefon : _____	Telefon : _____
E-Mail : _____	E-Mail : _____
Name des / der für den Austausch verantwortlichen Lehrers / Lehrerin in der deutschen Schule _____	Name des / der für den Austausch verantwortlichen Lehrers / Lehrerin in der französischen Schule _____
Telefon : _____	Telefon : _____
E-Mail : _____	E-Mail : _____
Daten des Frankreichaufenthalts des / der deutschen Schülers / Schülerin : (Der Zuschuss kann nur gewährt werden, wenn der Aufenthalt mindestens 56 Tage dauert und einen mindestens 6wöchigen Schulbesuch enthält.) vom _____ bis _____	Daten des Deutschlandaufenthalts des / der französischen Partners oder Partnerin : (Der Zuschuss kann nur gewährt werden, wenn der Aufenthalt mindestens 56 Tage dauert und einen mindestens 6wöchigen Schulbesuch enthält.) vom _____ bis _____

Genehmigung des Schulleiters / der Schulleiterin :

Die Befürwortung ist mit der Zusicherung verbunden, den / die französische Partnerschüler / Partnerschülerin für normalerweise 3 Monate an der Schule aufzunehmen und angemessen zu betreuen.

Name des Schulleiters / der Schulleiterin: _____

Ort / Datum: _____

Schulstempel / Unterschrift: _____

Bitte wenden

Informationen bezüglich des / der deutschen Schülers / Schülerin

Name: _____

Vorname: _____

Alter: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Klassenstufe: _____ Französisch: 1. FS 2.FS

Anschrift: _____

Postleitzahl / Stadt: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Bankverbindung:

Name der Bank: _____

Kontoinhaber: _____

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

Name, Vorname, Telefon des / der französischen Austauschschülers / Austauschschülerin:

Datum und Unterschrift des / der deutschen Schülers / Schülerin:

Dieses Feld ist nur vom DFJW auszufüllen!

Fahrtkostenzuschuss

Anzahl der Teilnehmer	Pauschale pro Teilnehmer	Gesamt
	€	€

Berlin, den _____
Unterschrift

Abrechnung



Berlin, den _____
Unterschrift