

Absender: (Personensorgeberechtigte)

Ansprechpartner:

Frau Thieß	Tel.: 03841/3040-5102
Frau Ciezynski	Tel.: 03841/3040-5179
Frau Bachmann	Tel.: 03841/3040-5180
Frau Mörl	Tel.: 03841/3040-5181
Frau Kistel	Tel.: 03841/3040-5182
Frau Brunzlow	Tel.: 03841/3040-5183
Frau Braatz	Tel.: 03841/3040-5184

Landkreis Nordwestmecklenburg
Fachdienst Jugend
Rostocker Straße 76
23970 Wismar

Name/ Wohnort des Kindes: _____

(Aufnahmewunsch)

Kindertageseinrichtung: _____

ab: _____

Kindertagespflegestelle: _____

ab: _____

(die vorstehenden Angaben sind durch die Eltern auszufüllen)

Arbeitszeitbescheinigung zur Vorlage beim Landkreis Nordwestmecklenburg
zur Bedarfsprüfung für einen Platz in einer Kindertageseinrichtung/Kindertagespflege

Frau/ Herr _____ ist seit dem _____

derzeit mit _____ Wochenstunden beschäftigt.

Das Beschäftigungsverhältnis ist unbefristet/ befristet bis zum _____.

Das Beschäftigungsverhältnis beginnt nach der Elternzeit am _____.

Die regelmäßige Arbeitszeit beginnt um _____ Uhr und endet um _____ Uhr.

(Bei Schichtarbeit bitte genau die Regelung der Arbeitszeiten angeben!)

Regelung der Schichtarbeit: _____

Anschrift des Arbeitgebers:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers