

STADT LINDEN

Der Magistrat



Sorgeberechtigte/Sorgeberechtigter

Anrede, Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

bei

Firma /Organisation

Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Ansprechpartner (Name, E-Mail, Telefon):

für _____ Stunden pro Woche

an _____ Tagen pro Woche

Für folgende wöchentlichen Arbeitszeiten

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Vormittag					
Nachmittag					

(Bei Schichtarbeit ist zusätzlich ein Monatsschichtplan vorzulegen)

- ☐ bis zum _____ befristet angestellt ist / an der Maßnahme teilnimmt.
☐ unbefristet beschäftigt ist.

Firmenstempel

Datum, Unterschrift