

Gemeinde **Wedemark** · Postfach 10 01 65 · 30891 Wedemark

Gemeinde Wedemark
Team Schule, Jugend und Sport
Fritz-Sennheiser-Platz 1

30900 Wedemark

Fachbereich Bildung, Familie und Sport
Team Schule, Jugend und Sport
Ellen Bruns
Fritz-Sennheiser-Platz 1, 30900 Wedemark
Telefon: (0 51 30) 581-482
Telefax: (0 51 30) 581-11482
E-Mail: Ellen.Bruns@Wedemark.de
Feriencamp@Wedemark.de

Internet: www.wedemark.de

Öffnungszeiten:

Mo – Fr: 08.00 – 12.00 Uhr
Mo, Di: 13.00 – 15.00 Uhr
Mi: 13.00 – 18.00 Uhr
Do: geschlossen

02.01.2019

Osterferiencamp 2020/Ferienbetreuungsmaßnahme für Kinder berufstätiger Eltern vom 30.03.2020 – 09.04.2020

ANMELDUNG

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Name der Erziehungsberechtigten:

1.) _____ 2.) _____

Anschrift: _____

Telefon privat: _____ Telefon dienstlich: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Notfallnummer/n: _____

Zu der Betreuungsmaßnahme in den Osterferien 2020 melde/n ich/wir mein/unser Kind **verbindlich** an. Die Wochen sind frei wählbar. Es sind maximal zwei Wochen zulässig.

Ich benötige eine Betreuung in der Zeit vom

30.03.2020 – 03.04.2020

06.04.2020 – 09.04.2020

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Mein/unser Kind

besucht die Grundschule _____ in der Klasse _____.

und ist angemeldet beim pädagogischen Mittagstisch in Brelingen.

und nimmt nicht an nachschulischen Betreuungsangeboten teil.

besucht den Kindergarten im letzten Kindergartenjahr.

besucht die Klasse _____ in der weiterführenden Schule _____.

besucht den Hort _____.

Ergänzende Angaben:
.....

Der Anmeldeschluss ist am 23.02.2020.

**Bitte beachten Sie, dass danach eingehende
Anmeldungen leider nicht mehr berücksichtigt werden können.**

- Alle Angaben beziehen sich auf das laufende Schul- bzw. Kindergartenjahr (2019/20) -

Anmeldungen an: Gemeinde Wedemark,
Team Schule, Jugend und Sport
Ellen Bruns
Fritz-Sennheiser-Platz 1, Raum E.21
30900 Wedemark
Telefax: (05130) 581-11-482
Email: Feriencamp@Wedemark.de

Bestätigung des Arbeitgebers

Angaben zur Berufstätigkeit

Name, Vorname: _____

Arbeitgeber: _____

Arbeitsstätte: _____

Das Arbeitsverhältnis besteht

unbefristet. befristet bis _____

Die Beschäftigung erfolgt in

Teilzeit mit unter 20 Wochenstunden

Teilzeit mit 20 bis 30 Wochenstunden

Vollzeit mit ____ Wochenstunden

und wird an folgenden Wochentagen geleistet:

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Besondere Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers

Bestätigung des Arbeitgebers

Angaben zur Berufstätigkeit

Name, Vorname: _____

Arbeitgeber: _____

Arbeitsstätte: _____

Das Arbeitsverhältnis besteht

unbefristet. befristet bis _____

Die Beschäftigung erfolgt in

Teilzeit mit unter 20 Wochenstunden

Teilzeit mit 20 bis 30 Wochenstunden

Vollzeit mit ____ Wochenstunden

und wird an folgenden Wochentagen geleistet:

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Besondere Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers