

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

Gemeinde Wedemark
II.2 Team Soziale Arbeit
Am Gilborn 6

30900 Wedemark

II.2 – Team Soziale Arbeit

Ellen Bruns

Am Gilborn 6, 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, Di, Mi, Fr: 08.00 – 12.00 Uhr

Mo, Di, 13.00 – 15.00 Uhr

Mi: 13.00 – 18.00 Uhr

Do. nur nach Vereinbarung

Herbstcamp 2021 – Ferienbetreuungsmaßnahme für Kinder berufstätiger Eltern

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 Herbstferien 2021 melde/n ich/wir mein/unser Kind **verbindlich** an.

Ich benötige eine Betreuung in der Zeit vom

18.10.2021 – 22.10.2021

25.10.2021 – 29.10.2021

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Mein/unser Kind

- besucht die Grundschule _____ in der Klasse _____.
- 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 05.09.2021.

Bitte beachten Sie, dass zu spät eingehende oder unvollständige Anmeldungen leider nicht berücksichtigt werden können.

- Alle Angaben beziehen sich auf das laufende Schul- bzw. Kindergartenjahr (2020/21) -

Anmeldungen an: Gemeinde Wedemark,
II.2 – Team Soziale Arbeit
Ellen Bruns
Am Gilborn 6
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