

Absender: (Personensorgeberechtigte)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ansprechpartner:**

Frau Bischof	Tel.: 03841/3040-5184
Frau Brunzlow	Tel.: 03841/3040-5183
Frau Kistel	Tel.: 03841/3040-5182
Frau Kramer	Tel.: 03841/3040-5180
Frau Mörl	Tel.: 03841/3040-5181
Frau Thieß	Tel.: 03841/3040-5102

Landkreis Nordwestmecklenburg  
Fachdienst Jugend  
Rostocker Straße 76  
23970 Wismar

Name/Geburtsdatum 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