



Birkenallee 2
 26901 Rastdorf
 Tel.: 0 59 56 / 12 56
 Fax: 0 59 56 / 98 99 13
 Email: Grundschule-Rastdorf@ewe.net
 Homepage: www.grundschule-rastdorf.de

Erweiterung der Notbetreuung in Schulen

Antrag auf Notbetreuung in der Grundschule Rastdorf				
Nr.	Name, Vorname der Kinder	Geburtsdatum	Notbetreuung erforderlich ab	Notbetreuung erforderlich bis
1				
2				
3				
4				
5				
<p><u>Von den Eltern auszufüllen:</u> Anschrift des Kindes / der Kinder: Straße: _____ Ort: _____ Handy-Telefonnr.: _____ (bitte unbedingt angeben)</p>		<p><u>Vom Arbeitgeber der Kindesmutter auszufüllen:</u> Name und Anschrift des Betriebes / Unternehmen / der Arbeitsstelle der sorgeberechtigten Eltern: _____ _____ <input type="checkbox"/> Bestätigung der Unmöglichkeit von Arbeitszeitflexibilisierung <input type="checkbox"/> Bestätigung der Unmöglichkeit von Arbeitsumschichtung <input type="checkbox"/> Bestätigung der Unmöglichkeit zur Arbeit im Homeoffice <input type="checkbox"/> Bestätigung der Unmöglichkeit zum Überstundenabbau <input type="checkbox"/> Bestätigung, dass der/die Mitarbeiter/-in vor Ort im Betrieb betriebsnotwendig für die Arbeitserledigung ist</p>		
<p>Mein Kind wird seit (Datum) bereits in der Schule regulär betreut: _____</p>		<p>Hiermit bestätigt der Betrieb / das Unternehmen / die Arbeitsstelle die Richtigkeit der in oben stehendem Antrag angegebenen Daten: _____ Unterschrift / Stempel Arbeitgeber:</p>		
<p>Welche Tätigkeit üben Sie genau in Ihren Beruf aus? _____ Sorgeberechtigter 1 _____ Sorgeberechtigter 2 _____ Welche Alternativen haben Sie geprüft? _____ _____</p>		<p><u>Vom Arbeitgeber der Kindesvater auszufüllen:</u> Name und Anschrift des Betriebes / Unternehmen / der Arbeitsstelle der sorgeberechtigten Eltern: _____ _____ <input type="checkbox"/> Bestätigung der Unmöglichkeit von Arbeitszeitflexibilisierung <input type="checkbox"/> Bestätigung der Unmöglichkeit von Arbeitsumschichtung <input type="checkbox"/> Bestätigung der Unmöglichkeit zur Arbeit im Homeoffice <input type="checkbox"/> Bestätigung der Unmöglichkeit zum Überstundenabbau <input type="checkbox"/> Bestätigung, dass der/die Mitarbeiter/-in vor Ort im Betrieb betriebsnotwendig für die Arbeitserledigung ist</p>		
<p>Mit dem oder den Arbeitgebern wurde nachfolgende Alternative zur Leistung der Arbeit geprüft und verworfen. _____</p>		<p>Hiermit bestätigt der Betrieb / das Unternehmen / die Arbeitsstelle die Richtigkeit der in oben stehendem Antrag angegebenen Daten: _____ Unterschrift / Stempel Arbeitgeber:</p>		