Förderverein der Geschwister-Scholl-Schule e.V.
Grundschule des Kreises Offenbach
Vor der Höhe 14
63225 Langen

Telefon 0 61 03 / 2 29 52
Telefax 0 61 03 / 92 80 50
www.foerderverein-gss-langen.de
1. Vorsitzende: M. Möhring-Woesch
Kassenführerin: k.koellges@gss-langen.de
Träger der freien Jugendhilfe § 75 SGB VIII

A R B E I T S Z E I T - B E S C H E I N I G U N G *
für das Schuljahr 20….. / 20…...

Name des Kindes: _____Modell:_____ Klasse:_____

Hiermit bestätigen wir, dass Frau / Herr

_____
(Name) (Vorname)

folgende regelmäßige Arbeitszeit in unserer Firma hat:

Montag: von: _____ bis: _____

Dienstag: von: _____ bis: _____

Mittwoch: von: _____ bis: _____

Donnerstag: von: _____ bis: _____

Freitag: von: _____ bis: _____

Die Wochenarbeitszeit Gesamt beträgt: _____Std.

Dieses entspricht einem Anteil einer Vollzeitstelle von _____%.

*** ☐ Elternzeit besteht von _____ bis _____.**

Der Arbeitsvertrag besteht seit:_____, endet am:_____ , ☐ ist unbefristet

_____ _____
(Ort, Datum) Arbeitgeber (Stempel, Unterschrift)

Zur Info:
Der FÖRDERVEREIN behält sich vor, die vorgenannten Angaben beim Arbeitgeber zu überprüfen.

Bei Selbständigkeit benötigen wir eine Bestätigung Ihres Steuerberaters oder eine Gewerbeanmeldung.