

(Name, Anschrift, Tel.-Nr. des Arbeitgebers:)

An das .....  
**Mittagsbetreuung GS St. Wolfgang** .....  
**Fr. Iskander** .....  
Weilerstr. 20 .....  
84032 Landshut .....

**A R B E I T S B E S C H E I N I G U N G / f. Mittagsbetreuung**  
**im Schuljahr 2025/26**

Schule:

**Grundschule St. Wolfgang**

**Vor- u. Nachname des Kindes:** .....

**Tätigkeit:**

selbständig       nicht selbständig

---

Hiermit bestätigen wir, dass Frau/Herr .....

(Name, Vorname)

bei uns seit ..... beschäftigt ist.

Die Arbeitszeiten sind wie folgt:

- Montag von ..... bis ..... Uhr  
 Dienstag von ..... bis ..... Uhr  
 Mittwoch von ..... bis ..... Uhr  
 Donnerstag von ..... bis ..... Uhr  
 Freitag von ..... bis ..... Uhr

\* Schichtarbeit       ja       nein

---

\* Befristetes Arbeitsverhältnis       ja       nein

Das Arbeitsverhältnis ist befristet bis.....

**\* Arbeitszeiten bitte gesondert ausweisen**

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift, Firmenstempel)