

## Bestätigung des Arbeitgebers

Unsere Mitarbeiterin/ unser Mitarbeiter \_\_\_\_\_ ist an folgenden Zeiten dienstlich beschäftigt und daher an der Betreuung seines Kindes gehindert.

Kalenderwoche:

an folgenden Tagen Dienst:

Mo von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Di von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Mi von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Do von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Fr von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Firmenabschrift

Stempel

Arbeitgeber, Datum, Unterschrift