



Notfallbetreuung

Vom Arbeitnehmer auszufüllen	
Arbeitsbereich	Zutreffendes bitte ankreuzen: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Klinik<input type="checkbox"/> Arztpraxis<input type="checkbox"/> Apotheken<input type="checkbox"/> Pharmazeutischer Betrieb<input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst<input type="checkbox"/> Stationäre Pflegeeinrichtung<input type="checkbox"/> Blaulichtorganisation (Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienst, THW)<input type="checkbox"/> Lebensmittelversorgung<input type="checkbox"/> Energieversorgung<input type="checkbox"/> Öffentlicher Personennahverkehr (Bus, Bahn)
Name, Vorname des betreffenden Mitarbeiters	
Name, Vorname des Kindes	
Ich/Wir benötige(n) einen Betreuungsplatz	Montag: <input type="checkbox"/> vormittags / <input type="checkbox"/> nachmittags Dienstag: <input type="checkbox"/> vormittags / <input type="checkbox"/> nachmittags Mittwoch: <input type="checkbox"/> vormittags / <input type="checkbox"/> nachmittags Donnerstag: <input type="checkbox"/> vormittags / <input type="checkbox"/> nachmittags Freitag: <input type="checkbox"/> vormittags (nachmittags nur für GTS-Kinder)
Andere Betreuungsmöglichkeit	Ich versichere, dass ich keine andere Betreuungsmöglichkeit habe: <input type="checkbox"/> Ich bin alleinerziehend. <input type="checkbox"/> Wir versichern, dass beide Erziehungsberechtigten in einem der oben bezeichneten Arbeitsbereiche tätig sind.
Unterschrift und Datum Arbeitnehmer	
Vom Arbeitgeber auszufüllen	
Name und Anschrift Arbeitgeber Stempel	
Kontaktdaten (Telefon, E-Mail)	
Unterschrift und Datum Arbeitgeber	