

Zusammenarbeitsvereinbarung

zwischen

Lehrperson

Name _____
 Vorname _____
 Adresse _____
 Telefon _____
 Unterschrift _____
 Datum _____

Seniorin / Senior

Name _____
 Vorname _____
 Adresse _____
 Telefon _____
 Unterschrift _____
 Datum _____

Klasse und Schulhaus/Kindergarten bitte angeben:

Einsatz

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
Vormittag					
Nachmittag					

Bitte ankreuzen

andere Einsätze:

Quintale	Jahr
Sommerferien - Herbstferien	
Herbstferien - Weihnachten	
Weihnachten - Sportferien	
Sportferien - Frühlingsferien	
Frühlingsferien - Sommerferien	

Bitte ankreuzen

**Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular an:
 Schuladministration Cham, Petra Waser, Schulhausstrasse 1, 6330 Cham**