

Name Mitarbeiter/in: _____

Tag		Name Klient/in / Schüler/in	Institution / Schule	Zeitraum von / bis	Std. in Dezimal
1.	SA	Maifeiertag			
2.	SO				
3.	MO				
4.	DI				
5.	MI				
6.	DO				
7.	FR				
8.	SA				
9.	SO	Muttertag			
10.	MO				
11.	DI				
12.	MI				
13.	DO	Christi Himmelfahrt			
14.	FR				
15.	SA				
16.	SO				
17.	MO				
18.	DI				
19.	MI				
20.	DO				
21.	FR				
22.	SA				
23.	SO	Pfingstsonntag			
24.	MO	Pfingstmontag			
25.	DI	Pfingstferien			
26.	MI				
27.	DO				
28.	FR				
29.	SA				
30.	SO				
31.	MO				

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen: _____

(Unterschrift Mitarbeiter/in)

Gesamtstunden: _____

davon Schulbegleitung: _____

Vertretung: _____

Kindernest: _____

FuD: _____

Reisen: _____

Bemerkungen: