

Name Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

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

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: