

Stundennachweis Mitarbeiter/in

April 2023



Name Mitarbeiter/in: _____

Tag		Name Klient/in / Schüler/in	Institution / Schule	Zeitraum von / bis	Std. in Dezimal
1.4	Sa				
2.4	So				
3.4	Mo			Urlaub	
4.4	Di			Urlaub	
5.4	Mi			Urlaub	
6.4	Do			Urlaub	
7.4	Fr	Karfreitag		Feiertag	
8.4	Sa				
9.4	So	Ostersonntag		Feiertag	
10.4	Mo	Ostermontag		Feiertag	
11.4	Di			Urlaub	
12.4	Mi			Urlaub	
13.4	Do			Urlaub	
14.4	Fr			Urlaub	
15.4	Sa				
16.4	So				
17.4	Mo				
18.4	Di				
19.4	Mi				
20.4	Do				
21.4	Fr				
22.4	Sa				
23.4	So				
24.4	Mo				
25.4	Di				
26.4	Mi				
27.4	Do				
28.4	Fr				
29.4	Sa				
30.4	So				

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

(Unterschrift Mitarbeiter/in)

Bemerkungen:

Gesamtstunden: _____
 davon Schulbegleitung: _____
 Vertretung: _____
 Kindernest: _____
 FuD: _____