

Stundennachweis Mitarbeiter/in

August 2024



Name Mitarbeiter/in: _____

Tag		Name Klient/in / Schüler/in	Institution / Schule	Zeitraum		Std. in Dezimal
				von	bis	
1.8	Do					
2.8	Fr					
3.8	Sa					
4.8	So					
5.8	Mo					
6.8	Di					
7.8	Mi					
8.8	Do					
9.8	Fr					
10.8	Sa					
11.8	So					
12.8	Mo					
13.8	Di					
14.8	Mi					
15.8	Do					
16.8	Fr					
17.8	Sa					
18.8	So					
19.8	Mo					
20.8	Di	Ende Schulferien				
21.8	Mi					
22.8	Do					
23.8	Fr					
24.8	Sa					
25.8	So					
26.8	Mo					
27.8	Di					
28.8	Mi					
29.8	Do					
30.8	Fr					
31.8	Sa					

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

(Unterschrift Mitarbeiter/in)

Bemerkungen:

Gesamtstunden: _____ 0,00
davon Schulbegleitung: _____
 Vertretung: _____
 Kindernest: _____
 FuD: _____