

# Stundennachweis Mitarbeiter/in

September 2024



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

Tag		Name Klient/in / Schüler/in	Institution / Schule	Zeitraum		Std. in Dezimal
				von	bis	
1.9	So					
2.9	Mo					
3.9	Di					
4.9	Mi					
5.9	Do					
6.9	Fr					
7.9	Sa					
8.9	So					
9.9	Mo					
10.9	Di					
11.9	Mi					
12.9	Do					
13.9	Fr					
14.9	Sa					
15.9	So					
16.9	Mo					
17.9	Di					
18.9	Mi					
19.9	Do					
20.9	Fr					
21.9	Sa					
22.9	So					
23.9	Mo					
24.9	Di					
25.9	Mi					
26.9	Do					
27.9	Fr					
28.9	Sa					
29.9	So					
30.9	Mo					

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: \_\_\_\_\_