

**Stundennachweis Mitarbeiter/in**

**Oktober 2024**



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

Tag		Name Klient/in / Schüler/in	Institution / Schule	Zeitraum		Std. in Dezimal
				von	bis	
1.10	Di					
2.10	Mi					
3.10	Do	Feiertag				
4.10	Fr					
5.10	Sa					
6.10	So					
7.10	Mo					
8.10	Di					
9.10	Mi					
10.10	Do					
11.10	Fr					
12.10	Sa					
13.10	So					
14.10	Mo	Beginn Schulferien				
15.10	Di					
16.10	Mi					
17.10	Do					
18.10	Fr					
19.10	Sa					
20.10	So					
21.10	Mo					
22.10	Di					
23.10	Mi					
24.10	Do					
25.10	Fr	Ende Schulferien				
26.10	Sa					
27.10	So					
28.10	Mo					
29.10	Di					
30.10	Mi					
31.10	Do					

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: \_\_\_\_\_