

Stundennachweis Mitarbeiter/in

Dezember 2024



Name Mitarbeiter/in: _____

Tag		Name Klient/in / Schüler/in	Institution / Schule	Zeitraum		Std. in Dezimal
				von	bis	
1.12	So					
2.12	Mo					
3.12	Di					
4.12	Mi					
5.12	Do					
6.12	Fr					
7.12	Sa					
8.12	So					
9.12	Mo					
10.12	Di					
11.12	Mi					
12.12	Do					
13.12	Fr					
14.12	Sa					
15.12	So					
16.12	Mo					
17.12	Di					
18.12	Mi					
19.12	Do					
20.12	Fr					
21.12	Sa					
22.12	So					
23.12	Mo	Beginn Schulferien				
24.12	Di					
25.12	Mi	Feiertag				
26.12	Do	Feiertag				
27.12	Fr					
28.12	Sa					
29.12	So					
30.12	Mo					
31.12	Di					

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

(Unterschrift Mitarbeiter/in)

Bemerkungen:

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