

**Stundennachweis Mitarbeiter/in**

**Januar 2025**



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

Tag		Name Klient/in / Schüler/in	Institution / Schule	Zeitraum		Std. in Dezimal
				von	bis	
1.1	Mi	Neujahr				
2.1	Do				Urlaub	
3.1	Fr				Urlaub	
4.1	Sa					
5.1	So					
6.1	Mo	Ende Schulferien			Urlaub	
7.1	Di					
8.1	Mi					
9.1	Do					
10.1	Fr					
11.1	Sa					
12.1	So					
13.1	Mo					
14.1	Di					
15.1	Mi					
16.1	Do					
17.1	Fr					
18.1	Sa					
19.1	So					
20.1	Mo					
21.1	Di					
22.1	Mi					
23.1	Do					
24.1	Fr					
25.1	Sa					
26.1	So					
27.1	Mo					
28.1	Di					
29.1	Mi					
30.1	Do					
31.1	Fr					

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: \_\_\_\_\_