

Stundennachweis Mitarbeiter/in

April 2025



Name Mitarbeiter/in: _____

Tag		Name Klient/in / Schüler/in	Institution / Schule	Zeitraum		Std. in Dezimal
				von	bis	
1.4	Di					
2.4	Mi					
3.4	Do					
4.4	Fr					
5.4	Sa					
6.4	So					
7.4	Mo					
8.4	Di					
9.4	Mi					
10.4	Do					
11.4	Fr					
12.4	Sa					
13.4	So					
14.4	Mo	Beginn Osterferien				
15.4	Di					
16.4	Mi					
17.4	Do					
18.4	Fr	Karfreitag			Feiertag	
19.4	Sa					
20.4	So	Ostersonntag				
21.4	Mo	Ostermontag			Feiertag	
22.4	Di					
23.4	Mi					
24.4	Do					
25.4	Fr	Ende Osterferien				
26.4	Sa					
27.4	So					
28.4	Mo					
29.4	Di					
30.4	Mi					

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: _____