

**Stundennachweis Mitarbeiter/in**

**Mai 2025**



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

Tag		Name Klient/in / Schüler/in	Institution / Schule	Zeitraum		Std. in Dezimal
				von	bis	
1.5	Do	Tag der Arbeit			Feiertag	
2.5	Fr					
3.5	Sa					
4.5	So					
5.5	Mo					
6.5	Di					
7.5	Mi					
8.5	Do					
9.5	Fr					
10.5	Sa					
11.5	So					
12.5	Mo					
13.5	Di					
14.5	Mi					
15.5	Do					
16.5	Fr					
17.5	Sa					
18.5	So					
19.5	Mo					
20.5	Di					
21.5	Mi					
22.5	Do					
23.5	Fr					
24.5	Sa					
25.5	So					
26.5	Mo					
27.5	Di					
28.5	Mi					
29.5	Do	Christi Himmelfahrt			Feiertag	
30.5	Fr					
31.5	Sa					

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: \_\_\_\_\_