

Stundennachweis Mitarbeiter/in

Mai 2024



Name Mitarbeiter/in: _____

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