

# Stundennachweis Mitarbeiter/in

März 2024



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

Tag		Name Klient/in / Schüler/in	Institution / Schule	Zeitraum		Std. in Dezimal
				von	bis	
1.3	Fr					
2.3	Sa					
3.3	So					
4.3	Mo					
5.3	Di					
6.3	Mi					
7.3	Do					
8.3	Fr					
9.3	Sa					
10.3	So					
11.3	Mo					
12.3	Di					
13.3	Mi					
14.3	Do					
15.3	Fr					
16.3	Sa					
17.3	So					
18.3	Mo					
19.3	Di					
20.3	Mi					
21.3	Do					
22.3	Fr					
23.3	Sa					
24.3	So					
25.3	Mo	Beginn Schulferien				
26.3	Di					
27.3	Mi					
28.3	Do					
29.3	Fr	Karfreitag			Feiertag	
30.3	Sa					
31.3	So					

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: \_\_\_\_\_