

Stundennachweis Mitarbeiter/in

April 2026



Name Mitarbeiter/in: _____

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen:

(Unterschrift Mitarbeiter/in)

Bemerkungen:

Gesamtstunden: _____ 0,00
davon Schulbegleitung: _____
 Vertretung: _____
 Kindernebst: _____
 FuD: _____