

Stundennachweis Mitarbeiter/in

Mai 2026



Name Mitarbeiter/in: _____

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