

Stundennachweis Mitarbeiter/in

Oktober 2026



Name Mitarbeiter/in: _____

Tag		Name Klient/in / Schüler/in	Institution / Schule	Zeitraum		Std. in Dezimal
				von	bis	
1.10	Do					
2.10	Fr					
3.10	Sa	Tag der Deutschen Einheit			Feiertag	
4.10	So					
5.10	Mo					
6.10	Di					
7.10	Mi					
8.10	Do					
9.10	Fr					
10.10	Sa					
11.10	So					
12.10	Mo					
13.10	Di					
14.10	Mi					
15.10	Do					
16.10	Fr					
17.10	Sa					
18.10	So					
19.10	Mo	Beginn Herbstferien				
20.10	Di					
21.10	Mi					
22.10	Do					
23.10	Fr					
24.10	Sa					
25.10	So					
26.10	Mo					
27.10	Di					
28.10	Mi					
29.10	Do					
30.10	Fr	Ende Herbstferien				
31.10	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: _____