

Stundenabrechnung

Name Schulbegleitung: _____

Name des Kindes: _____

Monat: _____

	Datum	Grund	Uhrzeit		Stunden	Wochen- stunden	eventuelle Zeit-korrektur	Interna
			von	bis				
Mo								
Di								
Mi								
Do								
Fr								
indirekte Leistung								
Mo								
Di								
Mi								
Do								
Fr								
indirekte Leistung								
Mo								
Di								
Mi								
Do								
Fr								
indirekte Leistung								
Mo								
Di								
Mi								
Do								
Fr								
indirekte Leistung								
Mo								
Di								
Mi								
Do								
Fr								
indirekte Leistung								
Gesamt:								

Unterschrift und
Stempel der
Schule

Genehmigte
Wochenstunden
kontrollier

MA-Stunden
erfasst

Ablage bei MA
erledigt

(Stempel und Unterschrift der Einrichtung)

(Datum und Unterschrift Schulbegleitung)

KK = Kind krank - SK = S-begl krank - SeK = S-begl. ents. krank - eKK = eigenes Kind krank- F = Ferien - U = Urlaub - FT = Feiertag