



Stundennachweis klientenbezogener Tätigkeiten FS

Fachrichtung: HE / SP (nicht zutreffendes streichen)

Name: _____

Einrichtung: _____

Stempel

Klasse: _____ **Praxisphase:** _____

Tätigkeitsfeld: _____

PraxisanleiterIn: _____ **Telefon-Nr.:** _____

Die gesetzlichen Pausenzeiten sind einzuhalten, zählen aber NICHT als Arbeitszeit!

| Woche von - bis | Praxistage | | | | | | | Std.- abrech- nung + / - / 0 | Wochen- stunden Σ | Unterschrift PraxisanleiterIn |
|------------------------|------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| | Mo Std. | Die Std. | Mi Std. | Do Std. | Fr Std. | Sa Std. | So Std. | | | |
| z.B.: 12.-16.10.'20 | 8 | 7 | 7 | 7 | 6 | X | X | 0 | 35 | M. Mustermann |
| z.B.: 19.-23.10.'20 | 8 | 8 | 8 | 8 | 7,5 | X | X | + 4,5 | 39,5 | M. Mustermann |
| z.B.: 12.-16.10.'20 | X | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | X | 0 | 35 | M. Mustermann |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |



| | | | | | | | | | | |
|--|----------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------|--|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | Summe der Wochenstunden – Ist : | | | | | | | | Σ | |
| | Summe der Wochenstunden – Soll: | | | | | | | | 1./ 4. Praxisphase: je 400 Std. 2./ 3. Praxisphase: je 200 Std. | |

Abkürzungen: **K** = Krank **X** = Frei **P** = Präsenztage

 Unterschrift Praxisanleiter

 Unterschrift Fachschüler