

Stundennachweis in der Praxis

Vorname, Name: _____

Monat: _____ Einsatzort: _____

Datum	Dienstzeit von - bis	Tägliche Stunden (ohne Pausen)	Fehltage/Fehlstunden Grund
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
-----	Gesamtpraxisstunden		-----

Fehltage/Fehlstunden gesamt	entschuldigt	unentschuldigt

Datum: _____

Unterschrift Schüler

Unterschrift Praxis