

Leistungserbringer



Arbeitsnachweis

Kreisverband Cloppenburg e.V.

Schulbegleitung: _____

Klient: _____ **Geb. Datum:** _____

Abrechnungsmonat: _____ **Bewilligte Wochenstunde**

Datum	Wo.-tag	Beginn	Ende	Beginn	Ende	Gesamtzeit	in Minuten	Bemerkungen
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.								
Gesamt:								

Datum _____ Unterschrift Schulbegleitung _____

Datum _____ Unterschrift Lehrkraft _____