Stundennachweis des Inklusionsfachdienstes

Name der Einrichtung: _____

Name Fachdienst: _____

Name Fachkraft: _____

Name des Kindes: _____ **geb. am:** _____

Monat / Jahr: _____

Datum	Anzahl BE	Leistungsinhalt	Unterschrift	
			Fachkraft	EinrichtungsmitarbeiterIn
Summe BE:				

Hinweis: Je Fachdienststunde müssen i.d.R. mindestens 45 Minuten direkt mit dem Kind gearbeitet werden.

Stand 07/2022