

Pflegedienst / Klinik: \_\_\_\_\_

**November 2019**

Name SchülerIn: \_\_\_\_\_

Kurs: \_\_\_\_\_

		Arbeitszeitdauer		Pause in Min.	reine Arbeitszeit		frei	krank	Schultag	Urlaub
		von ...	... bis		Std.	Min.				
1.	Fr									
2.	Sa									
3.	So									
4.	Mo									
5.	Di									
6.	Mi									
7.	Do									
8.	Fr									
9.	Sa									
10.	So									
11.	Mo									
12.	Di									
13.	Mi									
14.	Do									
15.	Fr									
16.	Sa									
17.	So									
18.	Mo									
19.	Di									
20.	Mi									
21.	Do									
22.	Fr									
23.	Sa									
24.	So									
25.	Mo									
26.	Di									
27.	Mi									
28.	Do									
29.	Fr									
30.	Sa									

Unterschrift SchülerIn \_\_\_\_\_

Unterschrift Stationsleitung \_\_\_\_\_