



# Lebenshilfe Westerwald e.V.

## Leistungsnachweis: Schulbegleitung

Monat: \_\_\_\_\_

Name der Schülerin/  
des Schülers: \_\_\_\_\_

Maximal bewilligte  
Monatsstundenanzahl: \_\_\_\_\_

	Uhrzeit von / bis	Stunden gesamt	Name des Mitarbeiters
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			
Gesamtstunden Monat:			

\_\_\_\_\_  
Unterschrift FuD Leitung

\_\_\_\_\_  
Stempel Familienunterstützender Dienst