

Betreuungsnachweis

Monat: _____

Name Kind: _____

Name TPP: _____



Datum	Beginn	Ende	Davon	Abwesenheit	Urlaub	Krankheit	bewilligte
	(Uhrzeit)	(Uhrzeit)	Sonderzeit	des Kindes	TPP	TPP	Ausfallzeit
			(Stunden)	(X)	(X)	(X)	(pro Woche)
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.							
Stunden monatlich:							
Mittelbare Betreuungsarbeit:							4
Summe insgesamt:							
Für die Richtigkeit (Verein):							

Bitte reichen Sie den Betreuungsnachweis bis zum 7. des Folgemonats beim Verein zur Weiterleitung an die Stadt Bergkamen ein. Die Stundenangaben erfolgen wahrheitsgemäß.

Unterschriften: _____

(Tagespflegeperson)

(Erziehungsberechtigte)