

## Abrechnung der Eingewöhnung

Kind: \_\_\_\_\_

Nr.	Datum	Von (Uhrzeit)	Bis (Uhrzeit)	Anzahl der Stunden
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
<b>Summe der Stunden</b>				

**UNBEDINGT AUSFÜLLEN!**

Beginn der regulären Tagespflege: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Tagespflegeperson

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r