

Anwesenheitsnachweis Teilnehmer/in

Bitte die grau hinterlegten Felder befüllen!

Zuwendungsempfänger:	.lkj) Sachsen-Anhalt
Vorgangsnummer lt. Zuwendungsbescheid:	ZS/2025/04/198465
Teilnehmer (Name, Vorname):	
Vertrag vom:	
Vertragszeitraum:	
Einsatzstelle:	
Monat/Jahr:	Sep 26

der Teilnehmer hat keine Berufsausbildung in der Einsatzstelle abgeschlossen/ befindet sich derzeit nicht in einer Berufsausbildung

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Datum / Unterschrift Träger / Stempel

Datum / Unterschrift Einsatzstelle

Datum / Unterschrift des Teilnehmer/in

Legende:	A	Anwesend	K	Krankheit	P	Praktikum
	E	entschuldigt Abwesend	kk	Kind krank	F	Feiertag
	UE	unentschuldigt Abwesend	U	Urlaub	WE	Wochenende
	S	Seminar	GT	Abgeltung Mehrarbeitszeiten/Wochenenddienst	MS	Mutterschutz

Anwesenheitsnachweis Teilnehmer/in

Bitte die grau hinterlegten Felder befüllen!

Zuwendungsempfänger:	.lkj) Sachsen-Anhalt
Vorgangsnummer lt. Zuwendungsbescheid:	ZS/2025/04/198465
Teilnehmer (Name, Vorname):	
Vertrag vom:	
Vertragszeitraum:	
Einsatzstelle:	
Monat/Jahr:	Okt 26

der Teilnehmer hat keine Berufsausbildung in der Einsatzstelle abgeschlossen/ befindet sich derzeit nicht in einer Berufsausbildung

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Datum / Unterschrift Träger / Stempel

Datum / Unterschrift Einsatzstelle

Datum / Unterschrift des Teilnehmer/in

Legende:	A	Anwesend	K	Krankheit	P	Praktikum
	E	entschuldigt Abwesend	kk	Kind krank	F	Feiertag
	UE	unentschuldigt Abwesend	U	Urlaub	WE	Wochenende
	S	Seminar	GT	Abgeltung Mehrarbeitszeiten/Wochenenddienst	MS	Mutterschutz

Anwesenheitsnachweis Teilnehmer/in

Bitte die grau hinterlegten Felder befüllen!

Zuwendungsempfänger:	.lkj) Sachsen-Anhalt
Vorgangsnummer lt. Zuwendungsbescheid:	ZS/2025/04/198465
Teilnehmer (Name, Vorname):	
Vertrag vom:	
Vertragszeitraum:	
Einsatzstelle:	
Monat/Jahr:	Nov 26

der Teilnehmer hat keine Berufsausbildung in der Einsatzstelle abgeschlossen/ befindet sich derzeit nicht in einer Berufsausbildung

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Datum / Unterschrift Träger / Stempel

Datum / Unterschrift Einsatzstelle

Datum / Unterschrift des Teilnehmer/in

Legende:	A	Anwesend	K	Krankheit	P	Praktikum
	E	entschuldigt Abwesend	kk	Kind krank	F	Feiertag
	UE	unentschuldigt Abwesend	U	Urlaub	WE	Wochenende
	S	Seminar	GT	Abgeltung Mehrarbeitszeiten/Wochenenddienst	MS	Mutterschutz

Anwesenheitsnachweis Teilnehmer/in

Bitte die grau hinterlegten Felder befüllen!

Zuwendungsempfänger:	.lkj) Sachsen-Anhalt
Vorgangsnummer lt. Zuwendungsbescheid:	ZS/2025/04/198465
Teilnehmer (Name, Vorname):	
Vertrag vom:	
Vertragszeitraum:	
Einsatzstelle:	
Monat/Jahr:	Dez 26

der Teilnehmer hat keine Berufsausbildung in der Einsatzstelle abgeschlossen/ befindet sich derzeit nicht in einer Berufsausbildung

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Datum / Unterschrift Träger / Stempel

Datum / Unterschrift Einsatzstelle

Datum / Unterschrift des Teilnehmer/in

Legende:	A	Anwesend	K	Krankheit	P	Praktikum
	E	entschuldigt Abwesend	kk	Kind krank	F	Feiertag
	UE	unentschuldigt Abwesend	U	Urlaub	WE	Wochenende
	S	Seminar	GT	Abgeltung Mehrarbeitszeiten/Wochenenddienst	MS	Mutterschutz

Anwesenheitsnachweis Teilnehmer/in

Bitte die grau hinterlegten Felder befüllen!

Zuwendungsempfänger:	.lkj) Sachsen-Anhalt
Vorgangsnummer lt. Zuwendungsbescheid:	ZS/2025/04/198465
Teilnehmer (Name, Vorname):	
Vertrag vom:	
Vertragszeitraum:	
Einsatzstelle:	
Monat/Jahr:	Jan 27

der Teilnehmer hat keine Berufsausbildung in der Einsatzstelle abgeschlossen/ befindet sich derzeit nicht in einer Berufsausbildung

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Datum / Unterschrift Träger / Stempel

Datum / Unterschrift Einsatzstelle

Datum / Unterschrift des Teilnehmer/in

Legende:	A	Anwesend	K	Krankheit	P	Praktikum
	E	entschuldigt Abwesend	kk	Kind krank	F	Feiertag
	UE	unentschuldigt Abwesend	U	Urlaub	WE	Wochenende
	S	Seminar	GT	Abgeltung Mehrarbeitszeiten/Wochenenddienst	MS	Mutterschutz

Anwesenheitsnachweis Teilnehmer/in

Bitte die grau hinterlegten Felder befüllen!

Zuwendungsempfänger:	.lkj) Sachsen-Anhalt
Vorgangsnummer lt. Zuwendungsbescheid:	ZS/2025/04/198465
Teilnehmer (Name, Vorname):	
Vertrag vom:	
Vertragszeitraum:	
Einsatzstelle:	
Monat/Jahr:	Feb 27

der Teilnehmer hat keine Berufsausbildung in der Einsatzstelle abgeschlossen/ befindet sich derzeit nicht in einer Berufsausbildung

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Datum / Unterschrift Träger / Stempel

Datum / Unterschrift Einsatzstelle

Datum / Unterschrift des Teilnehmer/in

Legende:	A	Anwesend	K	Krankheit	P	Praktikum
	E	entschuldigt Abwesend	kk	Kind krank	F	Feiertag
	UE	unentschuldigt Abwesend	U	Urlaub	WE	Wochenende
	S	Seminar	GT	Abgeltung Mehrarbeitszeiten/Wochenenddienst	MS	Mutterschutz

Anwesenheitsnachweis Teilnehmer/in

Bitte die grau hinterlegten Felder befüllen!

Zuwendungsempfänger:	.lkj) Sachsen-Anhalt
Vorgangsnummer lt. Zuwendungsbescheid:	ZS/2025/04/198465
Teilnehmer (Name, Vorname):	
Vertrag vom:	
Vertragszeitraum:	
Einsatzstelle:	
Monat/Jahr:	Mrz 27

der Teilnehmer hat keine Berufsausbildung in der Einsatzstelle abgeschlossen/ befindet sich derzeit nicht in einer Berufsausbildung

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Datum / Unterschrift Träger / Stempel

Datum / Unterschrift Einsatzstelle

Datum / Unterschrift des Teilnehmer/in

Legende:	A	Anwesend	K	Krankheit	P	Praktikum
	E	entschuldigt Abwesend	kk	Kind krank	F	Feiertag
	UE	unentschuldigt Abwesend	U	Urlaub	WE	Wochenende
	S	Seminar	GT	Abgeltung Mehrarbeitszeiten/Wochenenddienst	MS	Mutterschutz

Anwesenheitsnachweis Teilnehmer/in

Bitte die grau hinterlegten Felder befüllen!

Zuwendungsempfänger:	.lkj) Sachsen-Anhalt
Vorgangsnummer lt. Zuwendungsbescheid:	ZS/2025/04/198465
Teilnehmer (Name, Vorname):	
Vertrag vom:	
Vertragszeitraum:	
Einsatzstelle:	
Monat/Jahr:	Apr 27

der Teilnehmer hat keine Berufsausbildung in der Einsatzstelle abgeschlossen/ befindet sich derzeit nicht in einer Berufsausbildung

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Datum / Unterschrift Träger / Stempel

Datum / Unterschrift Einsatzstelle

Datum / Unterschrift des Teilnehmer/in

Legende:	A	Anwesend	K	Krankheit	P	Praktikum
	E	entschuldigt Abwesend	kk	Kind krank	F	Feiertag
	UE	unentschuldigt Abwesend	U	Urlaub	WE	Wochenende
	S	Seminar	GT	Abgeltung Mehrarbeitszeiten/Wochenenddienst	MS	Mutterschutz

Anwesenheitsnachweis Teilnehmer/in

Bitte die grau hinterlegten Felder befüllen!

Zuwendungsempfänger:	.lkj) Sachsen-Anhalt
Vorgangsnummer lt. Zuwendungsbescheid:	ZS/2025/04/198465
Teilnehmer (Name, Vorname):	
Vertrag vom:	
Vertragszeitraum:	
Einsatzstelle:	
Monat/Jahr:	Mai 27

der Teilnehmer hat keine Berufsausbildung in der Einsatzstelle abgeschlossen/ befindet sich derzeit nicht in einer Berufsausbildung

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Datum / Unterschrift Träger / Stempel

Datum / Unterschrift Einsatzstelle

Datum / Unterschrift des Teilnehmer/in

Legende:	A	Anwesend	K	Krankheit	P	Praktikum
	E	entschuldigt Abwesend	kk	Kind krank	F	Feiertag
	UE	unentschuldigt Abwesend	U	Urlaub	WE	Wochenende
	S	Seminar	GT	Abgeltung Mehrarbeitszeiten/Wochenenddienst	MS	Mutterschutz

Anwesenheitsnachweis Teilnehmer/in

Bitte die grau hinterlegten Felder befüllen!

Zuwendungsempfänger:	.lkj) Sachsen-Anhalt
Vorgangsnummer lt. Zuwendungsbescheid:	ZS/2025/04/198465
Teilnehmer (Name, Vorname):	
Vertrag vom:	
Vertragszeitraum:	
Einsatzstelle:	
Monat/Jahr:	Jun 27

der Teilnehmer hat keine Berufsausbildung in der Einsatzstelle abgeschlossen/ befindet sich derzeit nicht in einer Berufsausbildung

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Datum / Unterschrift Träger / Stempel

Datum / Unterschrift Einsatzstelle

Datum / Unterschrift des Teilnehmer/in

Legende:	A	Anwesend	K	Krankheit	P	Praktikum
	E	entschuldigt Abwesend	kk	Kind krank	F	Feiertag
	UE	unentschuldigt Abwesend	U	Urlaub	WE	Wochenende
	S	Seminar	GT	Abgeltung Mehrarbeitszeiten/Wochenenddienst	MS	Mutterschutz

Anwesenheitsnachweis Teilnehmer/in

Bitte die grau hinterlegten Felder befüllen!

Zuwendungsempfänger:	.lkj) Sachsen-Anhalt
Vorgangsnummer lt. Zuwendungsbescheid:	ZS/2025/04/198465
Teilnehmer (Name, Vorname):	
Vertrag vom:	
Vertragszeitraum:	
Einsatzstelle:	
Monat/Jahr:	Jul 27

der Teilnehmer hat keine Berufsausbildung in der Einsatzstelle abgeschlossen/ befindet sich derzeit nicht in einer Berufsausbildung

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Datum / Unterschrift Träger / Stempel

Datum / Unterschrift Einsatzstelle

Datum / Unterschrift des Teilnehmer/in

Legende:	A	Anwesend	K	Krankheit	P	Praktikum
	E	entschuldigt Abwesend	kk	Kind krank	F	Feiertag
	UE	unentschuldigt Abwesend	U	Urlaub	WE	Wochenende
	S	Seminar	GT	Abgeltung Mehrarbeitszeiten/Wochenenddienst	MS	Mutterschutz

Anwesenheitsnachweis Teilnehmer/in

Bitte die grau hinterlegten Felder befüllen!

Zuwendungsempfänger:	.lkj) Sachsen-Anhalt
Vorgangsnummer lt. Zuwendungsbescheid:	ZS/2025/04/198465
Teilnehmer (Name, Vorname):	
Vertrag vom:	
Vertragszeitraum:	
Einsatzstelle:	
Monat/Jahr:	Aug 27

der Teilnehmer hat keine Berufsausbildung in der Einsatzstelle abgeschlossen/ befindet sich derzeit nicht in einer Berufsausbildung

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																														
	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
An-/Abwesenheit lt. Legende																															

Datum / Unterschrift Träger / Stempel

Datum / Unterschrift Einsatzstelle

Datum / Unterschrift des Teilnehmer/in

Legende:	A	Anwesend	K	Krankheit	P	Praktikum
	E	entschuldigt Abwesend	kk	Kind krank	F	Feiertag
	UE	unentschuldigt Abwesend	U	Urlaub	WE	Wochenende
	S	Seminar	GT	Abgeltung Mehrarbeitszeiten/Wochenenddienst	MS	Mutterschutz