imię i nazwisko

	Pon	Wt	Śr	Cz	Pt	Razem	Pon	Wt	Śr	Cz	Pt	Razem	Pon	Wt	Śr	Cz	Pt	Razem
Planowe godz. zajęć																		
Godz.etat																		
Godz. nieprzepr																		
PPP																		
Innow / koła																		
Zastępstwa																		

	Pon	Wt	Śr	Cz	Pt	Razem	Pon	Wt	Śr	Cz	Pt	Razem	Pon	Wt	Śr	Cz	Pt	Razem
Planowe godz. zajęć																		
Godz.etat																		
Godz. nieprzepr																		
PPP																		
Innow / koła																		
Zastępstwa																		

Zastępstwa

Data	Za kogo?	Liczba godzin	Klasa

Nauczanie indywidualne i zajęcia w dni wolne od pracy

Data	Opis	Liczba godz

DO WYPŁATY

Godz. ponadwymiarowe _____

Pomoc psych-pedag _____

Koła/innowacje _____

Nauczanie idywid _____

Zajęcia dodatkowe _____

Zastępstwa

SP	Sw	'0'	Gim	LO

_____

podpis pracownika

_____

podpis dyrektora

PPP - zajęcia wyrównawcze, korekcyjno-kompensacyjne, terapia pedagogiczna, gimnastyka korekcyjna, ZŚK, logopedyczne