**דיווח נוכחות חודשי-צוות מרכז טיפולי שמע צפון**

שם העובד/ת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' תעודת זהות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דיווח נוכחות לחודש: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_\_\_ היקף משרה: \_\_\_\_ ש"ש

**בימי נוכחות - סמן V, בימי היעדרות - סמן X , בימי בידוד או חופשה – רשום פירוט מדויק**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שם ביה"ס:מס' ש"ש: | שם ביה"ס:מס' ש"ש: | שם ביה"ס:מס' ש"ש: | שם ביה"ס:מס' ש"ש: | היום בשבוע | היוםבחודש |
|  |  |  |  |  | 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. |
|  |  |  |  |  | **חתימת מנהל/ת****ביה"ס/גן** |
|  |  |  |  |  | תאריך: |
| **פירוט שעות נוספות** |
| **מטרה:** | **מקום:** | **משעה עד שעה:** | **תאריך:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |