

ROZLICZENIE GODZIN PONADWYMIAROWYCH

.....
NAZWISKO I IMIĘ

..... 2024/2025r.

MIESIĄC

Tygodniowy obowiązkowy wymiar godzin/godz. ponadwymiarowe /..... Etat:	5Tż		4Tum		3Cuk		2TUP	
	5Ti		4Iag		3Bm		1IPŻ	
	5Tum		3Tż		2Ti		1BMC	
	5Tia		3Ti		2Tż			
	4Ti		3TMG		2BMC			
	4Tż		3IAP		2TMR			

okres						
godziny	pn	wt	śr	cz	pt	Godziny ponadwymiarowe
planowano						
zrealizowano						
zastępstwa						
rewalidacja						
okres						
godziny	pn	wt	śr	cz	pt	Godziny ponadwymiarowe
planowano						
zrealizowano						
zastępstwa						
rewalidacja						
okres						
godziny	pn	wt	śr	cz	pt	Godziny ponadwymiarowe
planowano						
zrealizowano						
zastępstwa						
rewalidacja						

okres						
godziny	pn	wt	śr	cz	pt	Godziny ponadwymiarowe
planowano						
zrealizowano						
zastępstwa						
rewalidacja						
okres						
godziny	pn	wt	śr	cz	pt	Godziny ponadwymiarowe
planowano						
zrealizowano						
zastępstwa						
rewalidacja						

Uwagi:

Ilość godzin ponadwymiarowych zrealizowanych
Ilość godzin nauczania indywidualnego
Ilość godzin zastępstw
Ilość godzin: nauczyciela wspomagającego/rewalidacji/zajęć dydaktyczno-wyrównawczych
Suma	

Liczba godzin opieki:

Ilość godzin ponadwymiarowych z ostatniego tygodnia z poprzedniej karty

Uwaga: Stwierdzam pod odpowiedzialnością, że powyższe godziny ponadwymiarowe odbyłem(am) i dokonałem(am) wpisu w dzienniku lekcyjnym. W przypadku błędnego wypełnienia niniejszego zestawienia zobowiązuję się do zwrotu pobranej należności.

.....
Data i podpis nauczyciela

.....
podpis dyrektora