

ROZLICZENIE GODZIN PONADWYMIAROWYCH

.....
NAZWISKO I IMIĘ

..... 2025/2026r.
MIESIĄC

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

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

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

Uwagi:

Ilość godzin ponadwymiarowych zrealizowanych
Ilość godzin nauczania indywidualnego
Ilość godzin zastępstw
Ilość godzin: nauczyciela wspomagającego/rewalidacji/zajęć dydaktyczno-wyrównawczych
Ilość godzin realizowanych w ramach projektu FERS
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

ZESPÓŁ SZKÓŁ AGRO – TECHNICZNYCH IM. W. WITOSA W ROPCZYCACH

.....
podpis dyrektora