

Sportart: _____

Tag: _____ Uhrzeit: _____

Sportanlage: _____

Übungsleiter/in: _____

Woche	Datum	Zeiten ohne Übungsbetrieb	Anzahl anwesende TN	Einheit durchgeführt <small>(bitte ankreuzen)</small>
-------	-------	------------------------------	---------------------------	---

Erweitertes Übergangsprogramm

1	01.06.2020	07.06.2020	Mo, 01.06.20 Pfingstmontag				
2	08.06.2020	14.06.2020	Do, 11.06.20 Fronleichnam				
3	15.06.2020	21.06.2020					
4	22.06.2020	28.06.2020					
5	29.06.2020	05.07.2020					
6	06.07.2020	12.07.2020					
7	13.07.2020	19.07.2020					

Hiermit bestätige ich die Durchführung der angegebenen Einheiten

Unterschrift Übungsleiter/in

Nur für Abrechnungszwecke HSZ (nicht von den Übungsleitenden auszufüllen)

Durchgeführte Einheiten _____

Einheiten Abschlag _____

Auszuzahlende Einheiten _____

Einheiten besonderer _____

Aufwand _____