

HOSPITATION

UNBEDINGT DIGITAL AUSFÜLLEN!

HOSPITANT	ORT	DATUM
MANNSCHAFT	LIGA	UHRZEIT

ZEIT	AUFGABE / ZIEL	INHALTE / ORGANISATION / SKIZZE	

COACH	LIZENZ
ICH BESTÄTIGE, DASS DER/DIE HOSPITANT:IN AN DEM VON MIR GELEITETEN TRAINING TEILGENOMMEN UND SICH MIT MIR ÜBER DIE INHALTE SOWIE DIE DURCHFÜHRUNG DES TRAININGS AUSGETAUSCHT HAT. <input type="checkbox"/>	UNTERSCHRIFT

