

Stundendokumentation

Gruppe: _____



Übungsleitung: _____

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|--|
| Datum: | Erwärmung: <input type="checkbox"/> Rhythmisch <input type="checkbox"/> mit Kleingerät <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| | Hauptteil | Ziel: <input type="checkbox"/> Konditionell <input type="checkbox"/> Koordinativ <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | | Gerät: <input type="checkbox"/> Theraband <input type="checkbox"/> Pezziball <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Redondoball <input type="checkbox"/> Airex-Kissen <input type="checkbox"/> Hanteln <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | Entspannung: <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Atemübungen <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| Bemerkungen / Unterschrift ÜL: | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|--|
| Datum: | Erwärmung: <input type="checkbox"/> Rhythmisch <input type="checkbox"/> mit Kleingerät <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| | Hauptteil | Ziel: <input type="checkbox"/> Konditionell <input type="checkbox"/> Koordinativ <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | | Gerät: <input type="checkbox"/> Theraband <input type="checkbox"/> Pezziball <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Redondoball <input type="checkbox"/> Airex-Kissen <input type="checkbox"/> Hanteln <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | Entspannung: <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Atemübungen <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| Bemerkungen / Unterschrift ÜL: | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|--|
| Datum: | Erwärmung: <input type="checkbox"/> Rhythmisch <input type="checkbox"/> mit Kleingerät <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| | Hauptteil | Ziel: <input type="checkbox"/> Konditionell <input type="checkbox"/> Koordinativ <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | | Gerät: <input type="checkbox"/> Theraband <input type="checkbox"/> Pezziball <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Redondoball <input type="checkbox"/> Airex-Kissen <input type="checkbox"/> Hanteln <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | Entspannung: <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Atemübungen <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| Bemerkungen / Unterschrift ÜL: | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|--|
| Datum: | Erwärmung: <input type="checkbox"/> Rhythmisch <input type="checkbox"/> mit Kleingerät <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| | Hauptteil | Ziel: <input type="checkbox"/> Konditionell <input type="checkbox"/> Koordinativ <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | | Gerät: <input type="checkbox"/> Theraband <input type="checkbox"/> Pezziball <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Redondoball <input type="checkbox"/> Airex-Kissen <input type="checkbox"/> Hanteln <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | Entspannung: <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Atemübungen <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| Bemerkungen / Unterschrift ÜL: | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|--|
| Datum: | Erwärmung: <input type="checkbox"/> Rhythmisch <input type="checkbox"/> mit Kleingerät <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| | Hauptteil | Ziel: <input type="checkbox"/> Konditionell <input type="checkbox"/> Koordinativ <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | | Gerät: <input type="checkbox"/> Theraband <input type="checkbox"/> Pezziball <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Redondoball <input type="checkbox"/> Airex-Kissen <input type="checkbox"/> Hanteln <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | Entspannung: <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Atemübungen <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| Bemerkungen / Unterschrift ÜL: | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|--|
| Datum: | Erwärmung: <input type="checkbox"/> Rhythmisch <input type="checkbox"/> mit Kleingerät <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| | Hauptteil | Ziel: <input type="checkbox"/> Konditionell <input type="checkbox"/> Koordinativ <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | | Gerät: <input type="checkbox"/> Theraband <input type="checkbox"/> Pezziball <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Redondoball <input type="checkbox"/> Airex-Kissen <input type="checkbox"/> Hanteln <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | Entspannung: <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Atemübungen <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| Bemerkungen / Unterschrift ÜL: | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|--|
| Datum: | Erwärmung: <input type="checkbox"/> Rhythmisch <input type="checkbox"/> mit Kleingerät <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| | Hauptteil | Ziel: <input type="checkbox"/> Konditionell <input type="checkbox"/> Koordinativ <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | | Gerät: <input type="checkbox"/> Theraband <input type="checkbox"/> Pezziball <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Redondoball <input type="checkbox"/> Airex-Kissen <input type="checkbox"/> Hanteln <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | Entspannung: <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Atemübungen <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| Bemerkungen / Unterschrift ÜL: | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|--|
| Datum: | Erwärmung: <input type="checkbox"/> Rhythmisch <input type="checkbox"/> mit Kleingerät <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| | Hauptteil | Ziel: <input type="checkbox"/> Konditionell <input type="checkbox"/> Koordinativ <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | | Gerät: <input type="checkbox"/> Theraband <input type="checkbox"/> Pezziball <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Redondoball <input type="checkbox"/> Airex-Kissen <input type="checkbox"/> Hanteln <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | Entspannung: <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Atemübungen <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| Bemerkungen / Unterschrift ÜL: | | | | |