



Kreissportverband Plön e.V.

Nachweis über die Erfüllung der Kooperation

mit einer Schule, einer Offenen Ganztagschule, einem Kindergarten (Kita), einer Senioreneinrichtung oder einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen (genannt **Partner**)

AUSZUFÜLLEN AM ENDE DES KOOPERATIONZEITRAUMES

Für 2020 gilt: Wie sehen die Angebote als voll erfüllt an, auch wenn diese nur bis März durchgeführt werden konnten.

Name der Übungsleiterin/Trainerin/Sportlehrerin bzw. des Übungsleiters/Trainers/Sportlehrers:		Std. pro Woche:
Kooperationsmaßnahme (Sportart/Bewegungsform):		Ort:
Übungsstätte:	Partner:	

Wir erklären hiermit die Erfüllung der Kooperation zwischen

_____ (Name des Partners)

und _____ (Name des Vereins)

im Zeitraum (TT.MM.JJJJ) _____ bis (TT.MM.JJJJ) _____

Ort, Datum

Vereinsvorsitzende/r

Trainer/in

Leiter/in des Partners

Stempel des Partners