



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 sowie ähnlichen Einrichtungen (genannt **Partner**).

AUSZUFÜLLEN AM ENDE DES KOOPERATIONZEITRAUMES

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