



Stundennachweis - Jahr 2024

Name ÜL/Trainer: _____

Es wird im Jahr 2024 nur ein WLSB-Übungsleiterzuschuss beantragt, wenn dieser Stundennachweis vom ÜbungsleiterIn wahrheitsgemäß ausgefüllt und unterschrieben wurde.

Lizenz: ja nein

JAN.-Gesamtstunden:

Mo	1	8	15	22	29
Di	2	9	16	23	30
Mi	3	10	17	24	31
Do	4	11	18	25	
Fr	5	12	19	26	
Sa	6	13	20	27	
So	7	14	21	28	

FEB.-Gesamtstunden:

Mo		5	12	19	26
Di		6	13	20	27
Mi		7	14	21	28
Do	1	8	15	22	29
Fr	2	9	16	23	
Sa	3	10	17	24	
So	4	11	18	25	

MÄRZ.-Gesamtstunden:

Mo		4	11	18	25
Di		5	12	19	26
Mi		6	13	20	27
Do		7	14	21	28
Fr	1	8	15	22	29
Sa	2	9	16	23	30
So	3	10	17	24	31

APRIL.-Gesamtstunden:

Mo	1	8	15	22	29
Di	2	9	16	23	30
Mi	3	10	17	24	
Do	4	11	18	25	
Fr	5	12	19	26	
Sa	6	13	20	27	
So	7	14	21	28	

MAI.-Gesamtstunden:

Mo		6	13	20	27
Di		7	14	21	28
Mi	1	8	15	22	29
Do	2	9	16	23	30
Fr	3	10	17	24	31
Sa	4	11	18	25	
So	5	12	19	26	

JUNI.-Gesamtstunden:

Mo		3	10	17	24
Di		4	11	18	25
Mi		5	12	19	26
Do		6	13	20	27
Fr		7	14	21	28
Sa	1	8	15	22	29
So	2	9	16	23	30

JULI.-Gesamtstunden:

Mo	1	8	15	22	29
Di	2	9	16	23	30
Mi	3	10	17	24	31
Do	4	11	18	25	
Fr	5	12	19	26	
Sa	6	13	20	27	
So	7	14	21	28	

AUG.-Gesamtstunden:

Mo		5	12	19	26
Di		6	13	20	27
Mi		7	14	21	28
Do	1	8	15	22	29
Fr	2	9	16	23	30
Sa	3	10	17	24	31
So	4	11	18	25	

SEPT.-Gesamtstunden:

Mo		2	9	16	23	30
Di		3	10	17	24	
Mi		4	11	18	25	
Do		5	12	19	26	
Fr		6	13	20	27	
Sa		7	14	21	28	
So	1	8	15	22	29	

OKT.-Gesamtstunden:

Mo		7	14	21	28
Di	1	8	15	22	29
Mi	2	9	16	23	30
Do	3	10	17	24	31
Fr	4	11	18	25	
Sa	5	12	19	26	
So	6	13	20	27	

NOV.-Gesamtstunden:

Mo		4	11	18	25
Di		5	12	19	26
Mi		6	13	20	27
Do		7	14	21	28
Fr	1	8	15	22	29
Sa	2	9	16	23	30
So	3	10	17	24	

DEZ.-Gesamtstunden:

Mo		2	9	16	23	30
Di		3	10	17	24	31
Mi		4	11	18	25	
Do		5	12	19	26	
Fr		6	13	20	27	
Sa		7	14	21	28	
So	1	8	15	22	29	

Rückgabetermin in der TSF Geschäftsstell Mo. 11.11.24

Abschlagszahlung: _____

Stunden insgesamt: _____ x Stundensatz: _____

ÜL-Vergütung: _____

Kontoverbindung: **Geldinstitut:** _____
IBAN _____

Restzahlung: _____

Ort / Datum

Unterschrift ÜbungsleiterIn

Unterschrift AbteilungsleiterIn

Genehmigung Vorstand:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bearbeitung Auszahlung _____
 Gesch.Stelle: WLSB _____