



# Stundennachweis - 2. Halbjahr 2025

Name ÜL/Trainer: \_\_\_\_\_

Es wird im Jahr 2025 nur ein WLSB-Übungsleiterzuschuss beantragt,  
 wenn dieser Stundennachweis vom ÜbungsleiterIn wahrheitsgemäß  
 ausgefüllt und unterschrieben wurde.

Lizenz:  ja  nein

AUG.-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	

SEPT.-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		

OKT.-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		

NOV.-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	

DEZ.-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		

Rückgabe in der TSF Geschäftsstelle:

Stunden insgesamt: \_\_\_\_\_ x Stundensatz: \_\_\_\_\_ ÜL-Vergütung: \_\_\_\_\_

Kontoverbindung: \_\_\_\_\_ Geldinstitut: \_\_\_\_\_ Restzahlung: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift ÜbungsleiterIn: \_\_\_\_\_ Unterschrift AbteilungsleiterIn: \_\_\_\_\_

Genehmigung Vorstand: \_\_\_\_\_ Bearbeitung: \_\_\_\_\_ Auszahlung: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Gesch.Stelle: \_\_\_\_\_ WLSB: \_\_\_\_\_