



# 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

<b>AUG.-Gesamtstunden:</b>								
Mo		3	10	17	24	31		
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			

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

<b>OKT.-Gesamtstunden:</b>								
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				

<b>NOV.-Gesamtstunden:</b>								
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			

<b>DEZ.-Gesamtstunden:</b>								
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				

Rückgabe in der TSF Geschäftsstelle:

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

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

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

Genehmigung Vorstand:  
Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Bearbeitung \_\_\_\_\_ Auszahlung \_\_\_\_\_  
Gesch. Stelle: \_\_\_\_\_ WLSB \_\_\_\_\_