

Formular Weiterbildung Trainer/in

Name/Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

Liz.Nr. _____

Ich habe meine Weiterbildungspflicht an folgendem Kurs erfüllt

Kurs _____

Datum/Ort _____

Thema _____

Unterschrift _____

Für den/die Kursleiter/in

Name/Vorname

Der/die ob genannte Trainer/in hat an dem ebenfalls ob genannten Kurs teilgenommen und die Kriterien für die Fortbildung

erfüllt

nicht erfüllt

Visum

Dieses Formular wird vom Trainer/in selbstständig an das Office *SwissBoxing* eingereicht.