

OBA der Lebenshilfe Ostallgäu
Tätigkeitsnachweis

Freizeitclub - FED

NameBetreuer/in: _____

Adresse: _____

Durchgeführte Aktivität / Datum	Von—bis	Stunden
Mehrtägige Freizeit <input type="checkbox"/>		

Teilnehmer:(bitte ankreuzen)

Name/Wohnort Betreuer: _____

- | | | | |
|----------|---|---|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> vorrangig geistig behindert | <input type="checkbox"/> vorrangig autistisch | <input type="checkbox"/> bis 6 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig körperlich behindert | <input type="checkbox"/> vorrangig seelisch behindert | <input type="checkbox"/> 7-21 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig sinnesbehindert | <input type="checkbox"/> von Behinderung bedroht | <input type="checkbox"/> 22-45 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig chronisch erkrankt | <input type="checkbox"/> Behinderung unbekannt | <input type="checkbox"/> 46-65 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig mehrfachbehindert | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> über 65 Jahre |

Name/Wohnort Betreuer: _____

- | | | | |
|----------|---|---|--|
| 2 | <input type="checkbox"/> vorrangig geistig behindert | <input type="checkbox"/> vorrangig autistisch | <input type="checkbox"/> bis 6 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig körperlich behindert | <input type="checkbox"/> vorrangig seelisch behindert | <input type="checkbox"/> 7-21 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig sinnesbehindert | <input type="checkbox"/> von Behinderung bedroht | <input type="checkbox"/> 22-45 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig chronisch erkrankt | <input type="checkbox"/> Behinderung unbekannt | <input type="checkbox"/> 46-65 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig mehrfachbehindert | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> über 65 Jahre |

Name/Wohnort Betreuer: _____

- | | | | |
|----------|---|---|--|
| 3 | <input type="checkbox"/> vorrangig geistig behindert | <input type="checkbox"/> vorrangig autistisch | <input type="checkbox"/> bis 6 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig körperlich behindert | <input type="checkbox"/> vorrangig seelisch behindert | <input type="checkbox"/> 7-21 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig sinnesbehindert | <input type="checkbox"/> von Behinderung bedroht | <input type="checkbox"/> 22-45 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig chronisch erkrankt | <input type="checkbox"/> Behinderung unbekannt | <input type="checkbox"/> 46-65 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig mehrfachbehindert | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> über 65 Jahre |

Name/Wohnort Betreuer: _____

- | | | | |
|----------|---|---|--|
| 4 | <input type="checkbox"/> vorrangig geistig behindert | <input type="checkbox"/> vorrangig autistisch | <input type="checkbox"/> bis 6 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig körperlich behindert | <input type="checkbox"/> vorrangig seelisch behindert | <input type="checkbox"/> 7-21 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig sinnesbehindert | <input type="checkbox"/> von Behinderung bedroht | <input type="checkbox"/> 22-45 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig chronisch erkrankt | <input type="checkbox"/> Behinderung unbekannt | <input type="checkbox"/> 46-65 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig mehrfachbehindert | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> über 65 Jahre |

Name/Wohnort Betreuer: _____

- | | | | |
|----------|---|---|--|
| 5 | <input type="checkbox"/> vorrangig geistig behindert | <input type="checkbox"/> vorrangig autistisch | <input type="checkbox"/> bis 6 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig körperlich behindert | <input type="checkbox"/> vorrangig seelisch behindert | <input type="checkbox"/> 7-21 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig sinnesbehindert | <input type="checkbox"/> von Behinderung bedroht | <input type="checkbox"/> 22-45 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig chronisch erkrankt | <input type="checkbox"/> Behinderung unbekannt | <input type="checkbox"/> 46-65 Jahre |
| | <input type="checkbox"/> vorrangig mehrfachbehindert | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> über 65 Jahre |

Etwaige Besonderheiten zu den Teilnehmern (mit Angabe der Teilnehmernummer) oder eventuelle Besonderheiten zum Verlauf der Aktion auf der Rückseite vermerken.

Gefahrenre km DienstPKW PrivatPKW Nummer PrivatPKW: _____

Sonstige Ausgaben für Betreuer/in	Betrag

Interne Vermerke:

Abzurechnende Stunden: _____ Zusatzbetrag: _____

Sonstiges: _____

Unterschrift: _____