



Angaben zur Betreuung

Name Betreuer/in

Zeitangaben bitte in Dezimalzahlen! z.B. 15 Min = 0,25 Std, 30 Min = 0,5 Std, 45 Min = 0,75 Std, 60 Min = 1,0 Std

Name der Aktivität:		Datum:	
Aktivität von / bis		Dauer der Aktivität:	
Anfahrt von	nach	Dauer der Anfahrt:	
Rückfahrt von	nach	Dauer der Rückfahrt:	
Fahrt mit Privat PKW und Kennzeichen		Gefahren km	
Fahrt mit Dienst PKW und Kennzeichen		Gefahren km	
		Gesamtdauer des Einsatzes	

Sonstige Ausgaben der Betreuer/in (z.B. Eintrittsgeld)

Datum: _____

Unterschrift Betreuer/in

Weitere Angaben für die Statistik (Die Angaben **müssen unbedingt** gemacht werden)

- Veranstalter**
- Eigenveranstaltung des Freizeitclubs
 - Veranstaltung in Kooperation mit: _____
 - Anderer Veranstalter: _____

Teilnehmer

Alle Angaben **müssen unbedingt** für jeden Teilnehmer gemacht werden.

1

Name Teilnehmer _____

Wohnort _____

- | | | |
|---|---|--|
| <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 |
- Teilnehmer **ohne Behinderung** **Angehöriger** eines Teilnehmers mit Behinderung
 Teilnehmer aus dem weiteren sozialen Umfelds eines Teilnehmers mit Behinderung (z.B. Freunde)
- weiblich männlich

Besonderheiten die in der Betreuung beachtet werden müssen

Unterschrift des Teilnehmers oder der Angehörigen: _____

2

Name Teilnehmer _____

Wohnort _____

- | | | |
|---|---|--|
| <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 |
- Teilnehmer **ohne Behinderung** **Angehöriger** eines Teilnehmers mit Behinderung
 Teilnehmer aus dem weiteren sozialen Umfelds eines Teilnehmers mit Behinderung (z.B. Freunde)
- weiblich männlich

Besonderheiten die in der Betreuung beachtet werden müssen

Unterschrift des Teilnehmers oder der Angehörigen: _____

3

Name Teilnehmer _____

Wohnort _____

- | | | |
|---|---|--|
| <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 |
- Teilnehmer **ohne Behinderung** **Angehöriger** eines Teilnehmers mit Behinderung
 Teilnehmer aus dem weiteren sozialen Umfelds eines Teilnehmers mit Behinderung (z.B. Freunde)
- weiblich männlich

Besonderheiten die in der Betreuung beachtet werden müssen

Unterschrift des Teilnehmers oder der Angehörigen: _____

4

Name Teilnehmer _____

Wohnort _____

- | | | |
|---|---|--|
| <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 |
- Teilnehmer **ohne Behinderung** **Angehöriger** eines Teilnehmers mit Behinderung
 Teilnehmer aus dem weiteren sozialen Umfelds eines Teilnehmers mit Behinderung (z.B. Freunde)
- weiblich männlich

Besonderheiten die in der Betreuung beachtet werden müssen

Unterschrift des Teilnehmers oder der Angehörigen: _____