

Gruppenstundenplaner

Meine Gruppe

Alter:

Anzahl:

Interessen:



Meine Aktivität



Name:

Ziel:

Dauer:

Material:

Notizen:

Meine Story



Einleitung:

Höhepunkt:

Ende:

Sicherheits-Check

- Ort besichtigt
- Keine Hindernisse
- Vorkehrungen für mögliche Gefahren
- Spielfeldgrenzen

- Sicherheitswesten
- Apotheke

-
-
-



To Do's

Vorbereitung

Durchführung

Aufgaben

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Plan B

