

PROGRAM ZGRUPOWANIA / KONSULTACJI

Sport					
Termin		Liczba dni	Liczba trenerów	Liczba zaw.	Razem
		Osobodni			
Cel i charakter zgrupowania / konsultacji					
Miejsce / dokładny adres /ew. nr telefonu/					

KADRA SZKOLENIOWA

Lp.	Imię i nazwisko	Funkcja	Klasa trenera	Klub	Planowana liczba godzin pracy
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Rozkład dnia na zgrupowaniu / konsultacji – czas trwania od do

Pobudka		Trening popołudniowy	
Rozruch poranny		Kolacja	
Śniadanie		Zajęcia KO	
Trening dopołudniowy		Cisza nocna	
Obiad		Inne zajęcia	
Cisza poobiednia			

PLANOWY PROGRAM SZKOLENIA (wynikający z charakteru zgrupowania, konsultacji)					
Lp.	Rozruch	Trening przedpołudniowy główny akcent	Czas trwania	Trening popołudniowy główny akcent	Czas trwania
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

KRÓTKI OPIS SPOSOBU REALIZACJI ZAJĘĆ SZKOLENIOWYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opracował Imię i nazwisko	Podpis	Data	Data złożenia	Akceptował	Zatwierdził Kierownik Wyszkolenia