

Hospitation Westernreitabzeichen

Klasse: _____ (bitte ergänzen)

Name: _____

Str./Nr: _____

Tel/FaX. _____

PLZ/Ort: _____

Prüfung: _____

Datum: _____

Ort: _____

Richter: _____

Zufriedenstellende Leistung JA

Nein

(bitte ankreuzen)

Bitte erklären Sie ggf. in Stichworten Ihre Beurteilung:

Datum: _____

Unterschrift des Richters _____

Erläuterung:

Dieses Formblatt ist vom Richter auszufüllen und dem Hospitanten unterschrieben auszuhändigen.

Hospitanten haben hiermit die Möglichkeit, den praktischen Leistungsnachweis zu erbringen.

Die Leistungsnachweise bitte direkt nach der Hospitation in der EWU
Bundesgeschäftsstelle, Frh.-v.-Langen-Str. 8a, 48231 Warendorf, Fax: 02581-9284625
einreichen.