

PRÜFUNGSBOGEN Bodenarbeitsabzeichen Stufe 1

Verein/Pferdebetrieb:

Vereinsnummer:

Name						
Vorname						
ggfs. Geburtsname						
Wohnort						
Straße						
Geburtsdatum						
Bisherige Prüfungen						
Verein						

Praktischer Teil

Theoretische Einführung und Grundlagen der Bodenarbeit	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden
Praxis: Führtraining	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden
Praxis: Gelassenheitstraining	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden
Praxis: Geschicklichkeitstraining	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden
bestanden/nicht bestanden						

Ort, Datum _____

Unterschrift Prüfungs-Kommission

PRÜFUNGSBOGEN Bodenarbeitsabzeichen Stufe 2

Verein/Pferdebetrieb:

Vereinsnummer:

Name						
Vorname						
ggfs. Geburtsname						
Wohnort						
Straße						
Geburtsdatum						
Bisherige Prüfungen						
Verein						
Praktischer Teil						
Theoretische Inhalte	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden
Praxis: Gymnastizierende Lektionen	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden
Praxis: Geschicklichkeitstraining mit Stangen	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden
Praxis: Arbeit am Leitseil/ Arbeit an der kurzen Longe auf Distanz	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden	<input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden
bestanden/nicht bestanden						

Ort, Datum _____

Unterschrift Prüfungs-Kommission