Trainingstagebuch Schiess-Sport

Name: **Vorname:** **Monat.Jahr:**

				Körperschule					Schiessen											Gesundheit										
																							Wohlbefinden							
Datum	Wochentag	Trainingsstunden Total	Trainingseinheiten	Fitness	Stretching	Massage/ Physio	Psych:Autogen/mental	Trockentraining	Freie Waffe lg	Freie Waffe st	Freie Waffe kn	Standardgewehr lg	Standardgewehr st	Standardgewehr kn	50 Meter Gewehr lg	50 Meter Gewehr st	50 Meter Gewehr kn	Luftgewehr	Total Schuss	Ruhepuls	Gewicht	Std-Schlaf	sehr gut	gut	müde	krankhaft	krank	Training	Wettkampf	Bemerkungen
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14																														
15																														
16																														
17																														
18																														
19																														
20																														
21																														
22																														
23																														
24																														
25																														
26																														
27																														
28																														
29																														
30																														
31																														
Tot. Std																														