



ПРОВЕРОЧНЫЙ ЛИСТ
мероприятия в рамках проекта OFFS 2020

Школа OFFS:			
Дата:		Место проведения:	
Время начала:		Время окончания:	
Участвующие учреждения (укажите также местность):			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Лидеры:	к-во.		
Тренеры (фамилия, имя):	к-во.	<i>В т.ч. мужчины:</i>	<i>В т.ч. женщины:</i>
Ассистенты (фамилия, имя):	к-во.	<i>В т.ч. мужчины:</i>	<i>В т.ч. женщины:</i>
Дети:	к-во.	<i>В т.ч. мальчики:</i>	<i>В т.ч. девочки:</i>
Дети со специальными образовательными потребностями (с ограниченными возможностями):			
К-во зрителей:			

Технические данные

Критерии	Пометить			Коментарии		
	да	частично	нет			
Медицинская помощь	да	нет				
Участие полиции	да	нет				
Интеграция детей с ограниченными возможностями	да	нет				
Использование инвентаря OFFS	да	нет				
Техническая информация						
Задания соответствуют умениям	да	частично	нет			
Гомогенность групп	да	частично	нет			
Принцип «от простого к сложному»	да	частично	нет			
Степень вовлечения детей	да	частично	нет			
Задания соответствуют возрасту	да	частично	нет			
Участие родителей	да	частично	нет			
Игры малыми составами	да	частично	нет			
Составы команд	3x3	4x4	5x5	6x6	7x7	8x8
Вывод и рекомендации						
Отчет составил:				Дата заполнения:		