



Beobachtungsbogen

SPIEL	
Datum:	
Spielklasse:	
Begegnung:	
Resultat:	<input type="text"/> : <input type="text"/>
BEOBACHTER	
Name:	
Funktion:	
BEOBACHTETER SPIELER	
Name:	
Altersklasse:	
Geburtsdatum:	
Spielposition:	
Notizen:	

TECHNISCHE FERTIGKEITEN		Sonst fiel auf: _____ _____ _____ _____ _____
Variantenreiches Dribbling	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Finten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ballkontrolle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Kurze Pässe/Zuspiel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Lange Pässe/Zuspiel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Kopfball	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Torschuss	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
KONDITION/KOORDINATION		Sonst fiel auf: _____ _____ _____ _____
Schnelligkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Lauf-/Bewegungsgeschick	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ausdauer/Laufbereitschaft	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
TAKTISCHES SPIELVERMÖGEN		Sonst fiel auf: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
1 gegen 1 (Angriff)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1 gegen 1 (Abwehr)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Freilaufen und Anbieten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Schnelles Umschalten von Angriff auf Verteidigung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Schnelles Umschalten von Verteidigung auf Angriff	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Kombinationsspiel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Absichern von Räumen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Tordrang/Torgefährlichkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
PERSÖNLICHKEITSEIGENSCHAFTEN		Sonst fiel auf: _____ _____ _____ _____ _____
Durchsetzungsvermögen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Willensstärke	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Konzentrationsvermögen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Spielwitz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	