

Sitzplan für Essenspausen in Kursräumen

(Achtung: max. 15 min und keine Jahrgangsdurchmischung im Raum!)

Jahrgangsstufe:

Vorname Name:

| Tag | 1. Pause (nur Regenpausen, max. 15 Min.) | 2. Pause (nur Regenpausen, max. 15 Min.) | Mittagspause (max. 15 Min.) |
|---|--|--|--|
| Montag, den <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> drinnen Meine Sitznachbarn: <input type="text"/> <input type="text"/> Ich <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> drinnen Meine Sitznachbarn: <input type="text"/> <input type="text"/> Ich <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> drinnen Meine Sitznachbarn: <input type="text"/> <input type="text"/> Ich <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> draußen | <input type="checkbox"/> draußen | <input type="checkbox"/> draußen |
| Dienstag, den <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> drinnen Meine Sitznachbarn: <input type="text"/> <input type="text"/> Ich <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> drinnen Meine Sitznachbarn: <input type="text"/> <input type="text"/> Ich <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> drinnen Meine Sitznachbarn: <input type="text"/> <input type="text"/> Ich <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> draußen | <input type="checkbox"/> draußen | <input type="checkbox"/> draußen |
| Mittwoch, den <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> drinnen Meine Sitznachbarn: <input type="text"/> <input type="text"/> Ich <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> drinnen Meine Sitznachbarn: <input type="text"/> <input type="text"/> Ich <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> drinnen Meine Sitznachbarn: <input type="text"/> <input type="text"/> Ich <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> draußen | <input type="checkbox"/> draußen | <input type="checkbox"/> draußen |
| Donnerstag, den <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> drinnen Meine Sitznachbarn: <input type="text"/> <input type="text"/> Ich <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> drinnen Meine Sitznachbarn: <input type="text"/> <input type="text"/> Ich <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> drinnen Meine Sitznachbarn: <input type="text"/> <input type="text"/> Ich <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> draußen | <input type="checkbox"/> draußen | <input type="checkbox"/> draußen |
| Freitag, den <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> drinnen Meine Sitznachbarn: <input type="text"/> <input type="text"/> Ich <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> drinnen Meine Sitznachbarn: <input type="text"/> <input type="text"/> Ich <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> drinnen Meine Sitznachbarn: <input type="text"/> <input type="text"/> Ich <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> draußen | <input type="checkbox"/> draußen | <input type="checkbox"/> draußen |