TEILNAHMELISTE

Antragsteller/in: _____

Art der Maßnahme: _____ Ort der Durchführung: _____

Beginn: _____ Ende der Maßnahme: _____

Betreuungspersonen:

Lfd. Nr.	Vor- und Zuname	Wohnort / Straße	Geb. Dat.	Funktion	Unterschrift

Teilnehmer/-innen:

Lfd. Nr.	Vor- und Zuname	Wohnort / Straße	Geb. Dat.	Funktion	Unterschrift

Zahl der Teilnehmer ☐

Zahl der Teilnehmerinnen ☐

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben bestätigt:

_____

Name (bitte deutlich schreiben) Rechtsverbindliche Unterschrift