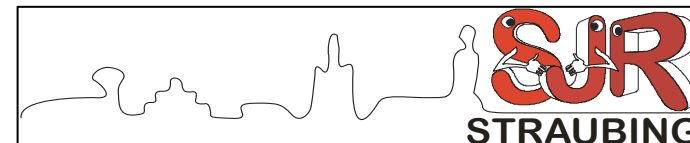


Teilnehmer/-innen-Liste



Veranstaltung vom: _____ bis: _____ Ort der Maßnahme: _____
 Träger der Maßnahme: _____ Bezeichnung der Maßnahme: _____

Lfd. Nr.	Vor- und Nachname (Leserlich in Blockschrift oder mit PC)	Alter (in Jahren)	PLZ	Ort	Anzahl anwesende Tage	Eigenhändige Unterschrift Ich bestätige, während der angegebenen Tage an der Maßnahme teilgenommen zu haben.
----------	---	-------------------	-----	-----	-----------------------	---

Referent/-innen bzw. verantwortliche Mitarbeiter/-innen (bei Juleica-Inhaber/-innen ist eine Kopie der Juleica beizulegen)

1						
2						
3						
4						
5						
6						

Teilnehmer/-innen

1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Teilnehmer/-innen-Liste

Lfd. Nr.	Vor- und Nachname (Leserlich in Blockschrift oder mit PC)	Alter (in Jahren)	PLZ	Ort	Anzahl anwesende Tage	Eigenhändige Unterschrift Ich bestätige, während der angegebenen Tage an der Maßnahme teilgenommen zu haben.
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						

Teilnehmer/-innen-Liste

Lfd. Nr.	Vor- und Nachname (Leserlich in Blockschrift oder mit PC)	Alter (in Jahren)	PLZ	Ort	Anzahl anwesende Tage	Eigenhändige Unterschrift Ich bestätige, während der angegebenen Tage an der Maßnahme teilgenommen zu haben.
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						