|  |
| --- |
| **Teilnahmeliste**  |
| Name (ggf. Stempel) des Zuwendungsempfangenden: | für Maßnahme: | vom: | bis: | Anzahl Tage: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lfd. Nr. | Familienname, Vorname | Anschrift | Alter | Wenn 27 oder älter;Funktion im Verband: | Unterschrift | VermerkeAmt für Familie |
| 1 |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |   |   |
| 8 |   |   |   |   |   |   |
| 9 |   |   |   |   |   |   |
| 10 |   |   |   |   |   |   |
| 11 |   |   |   |   |   |   |
| 12 |   |   |   |   |   |   |
| 13 |   |   |   |   |   |   |
| 14 |   |   |   |   |   |   |
| 15 |   |   |   |   |   |   |
|  | Gesamtzahl: |   | x Tage (s.o.) = Teilnahmetage |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Für die Richtigkeit der Angaben: |   |   |   |  |   |   |
|  |  | Leitung der Maßnahme |  | Zeichnungsbefugte Person des Zuwendungsempfangenden |