TeilnehmerInnenliste

Träger der Veranstaltung	**Angaben zur Veranstaltung**
Verband	vom ..... bis .....
Adresse	Ort .....

☐ **Bildungsveranstaltung**	☐ Erholungsmaßnahme	☐ **Pauschalveranstaltung**	

lfd. Nr.	Name, Vorname	Straße, Nr., PLZ, Wohnort	Wenn > 18: arbeitslos, Ausbildung, Wehr-/Zivildienst	Alter	L = LeiterIn M = MitarbeiterIn R = ReferentIn	Teilnahmebestätigung (eigenhändige Unterschrift)

Ich bestätige, dass die Maßnahme durchgeführt wurde und die in der Liste aufgeführten Personen teilgenommen und eigenständig unterschrieben haben.

.....	.....	.....
Ort	Datum	Unterschrift LeiterIn