TeilnehmerInnenliste
(vom Teilnehmer / von der Teilnehmerin zu unterschreiben)

Art der Maßnahme:

Maßnahme am / von – bis	**Ort:**	**Nr.:**

Lfd-Nr.:	**Name, Vorname**	**Ort, Straße, Hausnummer**	**Geb.-datum**	**Bezeichnung (Schüler, Azubi, Wehrpfl. Zivild., arbeitslos)**	**Unterschrift**

Die Richtigkeit dieser Angeben wird bestätigt: _____ _____----

(O rt, Datum) (Unterschift des Leiters)