B D K J L A G Schleswig-Holstein

Krusenrotter Weg 37, 24113 Kiel
TEL. 040/22 72 16-0 - FAX 040/22 72 16-33
Zuschussempfänger

Teilnehmer- und Teilnehmerinnenliste

Titel/ Ort: _____ vom _____ bis _____ = ____ Tage

lfd. Nr.	Familienname, Vorname	*) Geschlecht männl.	weibl.	Straße und Haus-Nr.	PLZ und Ort	Alter	Unterschrift d. Teilnehm.	Eintragungen d. A f J
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

*) bitte ankreuzen

Gesamtzahl männl./weibl. _____ _____

Gesamtzahl _____ x Tage (s.o.) _____ = _____ Teilnehmertage

Die Richtigkeit der o.a. Angaben bestätigt

Die hier erfassten Daten dienen ausschließlich der Ermittlung und Festsetzung von staatlichen und kirchlichen Fördermitteln.

_____
Fahrtenleiter/in