Stadt Warstein
SG Jugendhilfe
Postfach 1309
59564 Warstein

T e i l n a h m e l i s t e

stadt warstein

Aktenzeichen _____

		Tag	Uhrzeit
Art der Maßnahme _____	Beginn der Anreise		
Ort der Maßnahme _____	Beginn der Abreise		

Lfd. Nr.:	Name, Vorname	Anschrift	Verein, Verband	Alter	*1	*2	*3	Unterschrift

Bestätigung
Die gesamte Maßnahme wurde durchgeführt und die in der Liste aufgeführten Personen haben hieran teilgenommen.

Unterschrift ReferentIn

*1 Bitte L als LeiterIn, M als MitarbeiterIn und T als TeilnehmerIn eintragen
*2 Bitte als FamilienpassinhaberIn F eintragen
*3 Bitte bei über 18 - 27 Jahre alte TeilnehmerInnen angeben, ob sich diese in der Ausbildung befinden oder kein Einkommen haben