TEILNEHMERVERZEICHNIS für die Fahrt/Maßnahme: _____ Blatt: ___

Lfd. Nr.	GL*	Juleica j=ja n=nein	Name, Vorname**	Genaue Anschrift	Telefon-nummer	Geb. Datum	vollständige Unterschrift der Teilnehmerin/ des Teilnehmers

*)Gruppenleiterinnen/Gruppenleiter (GL) ankreuzen

**)bei Teilnehmerinnen/Teilnehmern mit Behinderung und/oder besonderer sozialer Situation bitte Bestätigung beifügen