

Lfd. Nr.	Vor- und Zuname	Alter	Mitglied *	Straße, Wohnort (mit Postleitzahl)	Tage 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 / 11 / 12 / 13 / 14	Eigenhändige Unterschrift Ich bestätige, während der angegebenen Tage an der Maßnahme teilgenommen zu haben
----------	-----------------	-------	------------	---------------------------------------	--	--

Mitarbeiter/innen- und Teilnehmer/innen-Liste

A. Referent/innen, verantwortliche Mitarbeiter/innen

1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

B. Teilnehmer/innen

1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

13																															
14																															
15																															

* Mitglied: Teilnehmer*in ist aktives Mitglieder der Erlanger Ortsgruppe – bitte ankreuzen!

Bei Bedarf bitte mehrere Listen verwenden!