

TEILNEHMER*INNENLISTE

Bezeichnung der Maßnahme: _____

Träger der Maßnahme: _____

Zeitraum : _____



Leiter*innen:					
Nr.	Name, Vorname	Wohnort	Alter	Unterschrift	Juleica-Nr.*:
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

* wenn nicht vom KJR Coburg ausgestellt, bitte Kopie beifügen

Teilnehmer*innen: (Mindestalter: 6 Jahre)					
Nr.	Name, Vorname	Wohnort	Alter	Unterschrift	Juleica-Nr.:
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

weitere Teilnehmer*innen:

Nr.	Name, Vorname	Wohnort	Alter	Unterschrift	Juleica-Nr.:
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					