

TEILNEHMERLISTE

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	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

weitere Teilnehmer:innen:

Nr.	Name, Vorname	Wohnort	Alter	Unterschrift	
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					

weitere Teilnehmer:innen & Leiter:innen (mit „L“ kennzeichnen)

Nr.	Name, Vorname	Wohnort	Alter	Unterschrift	

