

AF 3 Liste der Teilnehmenden

Träger der Maßnahme: (inkl. Anschrift)		Veranstaltungsort: (inkl. Anschrift)			
Thema / Titel:		Termin / Zeitraum:		Anzahl Reisetage:	

	Name, Vorname	Adresse	Geb.-Datum	Geschlecht w/d/m	Berlin - Pass	Unterschrift
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						

Die Teilnahme der genannten
Personen und die Dauer ihrer
Anwesenheit wird bestätigt.

Datum

Unterschrift Leiter:in der Veranstaltung