

**Kooperationspartner / örtlicher Ausrichter /
Mitgliedseinrichtung:**
(nur von der KEB-Geschäftsstelle auszufüllen!)

Teilnahmeliste



CLEMENSW-AUGUST-WERK
DINKLAGE e.V.

Thema: _____

Dozent/-in: _____ Kurs-Nr. / Periode: _____

Anschrift Veranstaltungsort: _____ Gemeinde / Gruppe: _____

am / vom: _____ Uhr bis: _____ Uhr Anzahl Ustd.: _____

Lfd. Nr.	Name, Vorname	Straße	PLZ, Wohnort	16 J. o. älter	Schüler/ in	Erwerbstätig*	Sonstiges*	Unterschrift
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Für die Richtigkeit:

*) Nur erforderlich bei Veranstaltungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben

Unterschrift: Veranstaltungsleiter/-in / Kooperationspartner

nur gültig in Verbindung mit der Titelseite

Lfd. Nr.	Name, Vorname	Straße	PLZ, Wohnort	16 J. o. älter	Schüler/ in	Erwerbstätig*)	Sonstiges*)	Unterschrift
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								

25								
26								