T e i l n e h m e r l i s t e

(ausschließlich die Teilnehmer, die in **Eschweiler** wohnen,
die Geschwisterkinder **nacheinander** angeben und hinter der lfd.Nr. mit G,
Betreuer mit B kennzeichnen)

Art der Maßnahme:

☐	außerörtliche Erholungsmaßnahme	2.1
☐	örtliche Erholungsmaßnahme	2.2
☐	Tagesveranstaltung	3
☐	Ehrenamtlerschulungen	4.1
☐	Kurse	4.2

Name der Organisation: _____

Ort der Maßnahme: _____

Zeitraum der Maßnahme: **von** _____ **bis** _____

Verantwortlicher Leiter: _____

(Name und Anschrift, Telnr.) _____

Nr.	Name, Vorname	Geb.Datum	Eschweiler, Str., Hausnr.