BDKJ Bund der Deutschen Katholischen Jugend Hessen

AZ:
Bitte ausfüllen!

Teilnehmer*innenliste

Ort der Maßnahme: _____ vom: _____ bis: _____ = ____ Tage

Nr.	Vorname und Zuname	Geschlecht (w/m/*)	PLZ, Wohnort	Geburts-jahr	TN-Tage	Unterschrift
				Gesamt	0	

Ort: _____ **Datum:** _____ **Unterschrift der Lehrgangsleitung:** _____