



## Teilnehmer\*innenliste

Gemeinde	
Ansprechpartner/AmtsleiterIn/ArbeitskreisleiterIn	
Adresse	
PLZ	Ort
Telefonnummer	
E-Mail	
Anzahl Gruppen	

### Kurse

<input type="checkbox"/> 5-Tageskurs
Termin

### Teilnehmer\*innen

Vorname/Nachname	Anfänger LF leicht fort	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Prüfung abgelegt: Ja/Nein	Welche

Ihre Daten werden nur für die interne Bearbeitung verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.