

Teilnehmendenliste FRL überörtlicher Bedarf - Teil 1
(Vom Träger der Maßnahme auszufüllen!)

AZ:



Seite:

| Träger der Maßnahme | Art der Maßnahme (bitte ankreuzen) | | Thema der Maßnahme | Durchführungsort | Durchführungszeitraum (Datum, Uhrzeit) |
|---------------------|------------------------------------|---|--------------------|------------------|--|
| | <input type="checkbox"/> | Fortbildung/Fachtagung (Nr. 2.2) | | | |
| | <input type="checkbox"/> | außerschulische Jugendbildung (Nr. 2.3) | | | |
| | <input type="checkbox"/> | Internationale Jugendarbeit (Nr. 2.4) | | | |
| | <input type="checkbox"/> | Internationale Projekte mit Fachkräften der Jugendhilfe (Nr. 2.5) | | | |

| Ifd. Nr. | Name, Vorname | PLZ, Ort | Nrn. 2.2 und 2.3: Landkreis (wenn Ort in Sachsen) / Bundesland (wenn Ort außerhalb Sachsen) | Alters- gruppe | hauptamtlich = H ehrenamtlich = E gar nicht = X in der Jugendhilfe tätig |
|----------|---------------|--|---|-------------------|---|
| | | (Nrn. 2.2 und 2.5 = Arbeitsort, Nrn. 2.3 und 2.4 = Wohnort) | Nrn. 2.4 und 2.5: Nationalität | | |
| _1 | | | | | |
| _2 | | | | | |
| _3 | | | | | |
| _4 | | | | | |
| _5 | | | | | |
| _6 | | | | | |
| _7 | | | | | |
| _8 | | | | | |
| _9 | | | | | |
| _0 | | | | | |

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben wird hiermit bestätigt.
Teil 2 der Teilnehmerliste liegt bei.

rechtsverbindliche Unterschrift / Stempel des Trägers der Maßnahme

Teilnehmendenliste FRL überörtlicher Bedarf - Teil 2

(Bestätigung durch die Teilnehmenden)



Seite:

AZ:

| Träger der Maßnahme | Art der Maßnahme (bitte ankreuzen) | Thema der Maßnahme |
|---------------------|--|--------------------|
| | <input type="checkbox"/> Fortbildung/Fachtagung (Nr. 2.2) | |
| | <input type="checkbox"/> außerschulische Jugendbildung (Nr. 2.3) | |
| | <input type="checkbox"/> Internationale Jugendarbeit (Nr. 2.4) | |
| | <input type="checkbox"/> Internationale Projekte mit Fachkräften der Jugendhilfe (Nr. 2.5) | |

| Durchführungsort | Durchführungszeitraum (Datum, Uhrzeit) |
|------------------|--|
| | |

Ich bestätige meine Teilnahme an o. g. Maßnahme wie folgt:

| lfd. Nr. | Name, Vorname | Unterschrift | Anzahl der Anwesenheitstage |
|----------|---------------|--------------|-----------------------------|
| _1 | | | |
| _2 | | | |
| _3 | | | |
| _4 | | | |
| _5 | | | |
| _6 | | | |
| _7 | | | |
| _8 | | | |
| _9 | | | |
| _0 | | | |

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben wird hiermit bestätigt:

Leiter*in der Maßnahme (Bildungsreferent*in)

rechtsverbindliche Unterschrift / Stempel des Trägers der Maßnahme