

Teilnehmenden-Liste 2025 – Einzureichen max. 8 Wochen nach Maßnahmenende

weitergeleitet an (NUR vom Jugendamt auszufüllen)
 Buxtehude LK Stade

Name der Gruppe/ des Vereins: _____

für die Fahrt vom _____ bis _____ nach _____

Betreuungspersonen/ Referierende

lfd. Nr.	Name	Vorname	Wohnort	Besitz einer gültigen Juleica. Bitte ankreuzen und Nachweis in Kopie beilegen.	Ausbildung entsprechend der Bestimmungen des § 72 (1) SGB VIII und den Leistungsvereinbarungen der Jugendhilfe des Landkreises Stade. Bitte ankreuzen und Nachweis in Kopie beilegen.	Unterschrift
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Teilnehmende

lfd. Nr.	Name	Vorname	Alter während der Maßnahme	Beruf/ erwerbslos/ Schüler/ Azubi/ FSJ/ Student/	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	Unterschrift
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

lfd. Nr.	Name	Vorname	Alter während der Maßnahme	Beruf/ erwerbslos/ Schüler/ Azubi/ FSJ/ Student/.	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	Unterschrift
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						

Bestätigung: Obige Fahrt und Teilnehmerszahl von insgesamt _____ Personen werden bestätigt.

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift der Unterkunft