

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