

**Teilnehmerliste zur Abrechnung von Veranstaltungen nach Teilnehmertagen**

**Name der Einrichtung: KOLPING-BILDUNGSWERK Paderborn gGmbH, Am Busdorf 7, 33098 Paderborn**

**Lehrplannummer** \_\_\_\_\_ **Kolpingsfamilie / Bezirksverband** \_\_\_\_\_

**Dauer** Beginn (Tag) \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_ Ende (Tag) \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

Durchgeführte Unterrichtsstunden 1. Tag \_\_\_\_\_ 2. Tag \_\_\_\_\_ 3. Tag \_\_\_\_\_ 4. Tag \_\_\_\_\_ 5. Tag \_\_\_\_\_ 6. Tag \_\_\_\_\_ 7. Tag \_\_\_\_\_

8. Tag \_\_\_\_\_ 9. Tag \_\_\_\_\_ 10. Tag \_\_\_\_\_

Geplante Unterrichtsstunden 1. Tag \_\_\_\_\_ 2. Tag \_\_\_\_\_ 3. Tag \_\_\_\_\_ 4. Tag \_\_\_\_\_ 5. Tag \_\_\_\_\_ 6. Tag \_\_\_\_\_ 7. Tag \_\_\_\_\_

8. Tag \_\_\_\_\_ 9. Tag \_\_\_\_\_ 10. Tag \_\_\_\_\_

**BITTE BEACHTEN SIE DIE SICHERHEITSEINRICHTUNGEN UND AUSHÄNGE AM UNTERRICHTSSTANDORT!**

1	2					3		4		5	6
Lfd. Nr.	Name	Vorname	Wohnort	Bundesland	Alter	Anreise Tag	Anreise Uhrzeit	Abreise Tag	Abreise Uhrzeit	Unterschrift	Teiln.-Tage
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											

Übertrag:

1	2					3		4		5	6
Lfd. Nr.	Name	Vorname	Wohnort	Bundesland	Alter	Anreise Tag	Anreise Uhrzeit	Abreise Tag	Abreise Uhrzeit	Unterschrift	Teiln.-Tage
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
<b>Teilnehmertage insgesamt</b>											

Das tatsächlich durchgeführte Programm ist beigefügt. Mit seiner/ihrer Unterschrift bescheinigt der/die Teilnehmer/in, dass er/sie an den Tagen zwischen Anreise und Abreise an der Lehrveranstaltung teilgenommen hat. Der Referent und die Räumlichkeiten entsprachen den Anforderungen (Unzutreffendes bitte streichen)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leiters / der Leiterin