

Verein		<b>Abrechnung Fahrtenzuschüsse und Ferienmaßnahmen ohne Übernachtung</b>	
Maßnahme	Ort	Zeit (vom - bis)	

### Teilnehmerliste

Lfd. Nr.	Name, Vorname	Es besteht Inklusionsbedarf (bitte ankreuzen)!	Alter
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

Lfd. Nr.	Name, Vorname	Es besteht Inklusionsbedarf (bitte ankreuzen)!	Alter
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			

### Betreuerliste

Lfd. Nr.	Name, Vorname	Nummer Juleicacard bzw. Ausbildung	Alter
1			
2			
3			
4			
5			
6			
Fahrtenleiterin oder Fahrtenleiter			

Bemerkungen

Elmshorn, Datum,  
 Unterschrift der Fahrtenleitung

Die Richtigkeit der Aufstellung wird bescheinigt. Das Vorhandensein eines Inklusionsbedarfes wurde geprüft. Es handelt sich nicht um eine von der Förderung ausgeschlossene Maßnahme gem. § 2 Abs. 4 der Richtlinie der Stadt Elmshorn zur Förderung der Kinder- und Jugendarbeit