

Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Anlage 3)

Veranstalter/
Zuwendungsempfänger: _____

Träger
Kita
☐

Tagespfl.
☐

Einrichtung
der WB
☐

Ort der Veranstaltung: _____
Straße/Ort/PLZ/Kreis

Titel der Fortbildung: _____

☐ Ja ☐ Nein
Teamfortbildung

Inhalt der Fortbildung

☐ alltagsintegrierte Sprachbildung ☐ SISMik/SELDAK/LISEB ☐ BASIK ☐ Elternarbeit ☐ Zweitspracherwerb

Anzahl der Stunden

☐ 10 Std. ☐ >10 Std. ☐ 20 Std. ☐ >20 Std. ☐ 30 Std. ☐ >30 Std.

Name der Multiplikatorin/ des Multiplikators: _____

Kurs-Nr.: _____

Lfd. Nr.	Name/ Vorname Teilnehmerin/Teilnehmer	Name der Kindertageseinrichtung/ Kindertagespflege	Anschrift der Einrichtung	Anwesend
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.				
26.				
27.				

Unterschrift
Multiplikatorin/ Multiplikator

Unterschrift
Zuwendungsempfänger