EISs (Erlebte Inklusive Sportschule)
Teilnehmerliste Anschlussfinanzierung
Gruppe:_____

Verein: _____	**Anzahl Kinder mit Handicap**	**Name Leiter:**	
Jahr:_____	**Anzahl Kinder ohne Handicap**	**Name Helfer:**	

Vorname, Nachname	Grad bzw. Art der Behinderung (Wenn vorhanden)	Geb. Datum	BVS-Mitgliedsnummer

_____
Datum, Unterschrift Vereinsvorsitzender (vertretungsberechtigt nach BGB § 26)

Bestätigung
BVS Bayern e.V.