

 		<p><b>Teilnahmeliste EISs-Gruppe für das Jahr</b></p>		
Verein:		Name Übungsleiter*in:		
Vereinsnummer:		Name Helfer*in:		
Gruppe:		Anzahl TN mit Behinderung:		
		Anzahl TN ohne Behinderung:		
Name		Vorname	Geburtsdatum	BVS Mitgliedsnummer
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

TN-Liste EISs-Gruppe

	Name	Vorname	Geburtsdatum	BVS Mitgliedsnummer
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Vorgaben des Projekts: Kinder und Erwachsene bis 27 Jahre, Teilnehmer\*innen mit intellektueller Beeinträchtigung dürfen älter sein (§7, SGB VIII).

Ich bestätige, dass alle Teilnehmer\*innen über 27 Jahren eine intellektuelle Beeinträchtigung haben.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum:

Unterschrift Vertretungsberechtigte\*r:

**Dieses Projekt wird aus Mitteln des Bayerischen Staatsministeriums für Familie, Arbeit und Soziales und des Bayerischen Staatsministerium des Inneren, für Sport und Integration gefördert.**



Bayerisches Staatsministerium für  
Familie, Arbeit und Soziales

Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Bayern e.V.  
Telefon: 089 544189 -60  
E-Mail: eiss@bvs-bayern.com

Bayerisches Staatsministerium des  
Inneren, für Sport und Integration

