



wird vom BVS ausgefüllt

  		Teilnahme Liste EISs-Gruppe			geprüft:
		Halbjahr:	Jahr:		Datum:
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

