Gefördert durch:

Bundesministerium des Innern

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Teilnehmerliste für Lehrgänge
"Medizinische Erstversorgung für Jugendliche mit Selbsthilfeinhalten"

DLRG
Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.

Hinweise: - TN-Liste muss zur Abrechnung in DIN-A-3-Format vorliegen!
- * TN müssen immer fortlaufend durchnummeriert werden

Lehrgangsort (z. B. Name der Schule)
(zusätzlich genaue Anschrift inkl. PLZ angeben)
(Eintragungen in Druckbuchstaben)

Schulart:

Ausbildende Organisation:
(genaue Anschrift)

Lehrgangsnummer:

geprüft HiOrg (Eintragungen nur durch MHD-Generalsekretariat)
Gesamtteilnehmerzahl: _____
anerkannte TN: _____
Kürzel Prüfer/in: _____

geprüft BBK
Datum: _____
Kürzel Prüfer/in: _____

Termin 1	Termin 2	Termin 3	Termin 4	Termin 5	Termin 6	Bundesland
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Niedersachsen

Lfd. Nr.*	Name Familienname, Vorname (in Druckbuchstaben)	Geb.-Datum	Adresse Straße, Hausnummer, PLZ, Ort (in Druckbuchstaben)	Unterschrift TN	Unterschrift TN	Unterschrift TN	Unterschrift TN	Unterschrift TN	Unterschrift TN	ggf. Bescheinigungs-Nr. od. TN-Urkunde

Mit der Unterschrift bestätigt der/die Ausbilder/in, dass der Lehrgang gem. Lehrplan "Medizinische Erstversorgung für Jugendliche mit Selbsthilfeinhalten" und den diesbezüglichen Vertragsbestimmungen ordnungsgemäß durchgeführt wurde.

_____	_____	_____
Datum	Name, Vorname des/der verantwortlichen Ausbilders/in (in Druckbuchstaben)	Unterschrift des/der verantwortlichen Ausbilders/in

Datenschutzerklärung:

Die von den Teilnehmern gemachten Angaben werden nur für den Zweck verwendet und gespeichert, für den sie erhoben wurden und werden nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben.

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Teilnehmer

- die Broschüre "Für den Notfall vorgesorgt" erhalten,
- innerhalb der letzten 24 Monate nicht an einer gleichen Ausbildung teilgenommen sowie
- keine Teilnehmerbeiträge geleistet zu haben.

Stand: 03.12.09