Rückgabe bis zum **25.11.2016**

an: KSB Viersen, Esther Storck, Rathausmarkt 3, 41747 Viersen / esther.storck@kreis-viersen.de / FAX 02162 39-281477

Teilnehmerliste 1. Kindergartenhalbjahr 2016/2017

☐ **KmmB-Gruppe**

Name der Einrichtung: _____

Übungsstätte: _____ Wochentag: _____ Uhrzeit: _____

Teilnahme-Datum:

Lfd. Nr.	**Name**	**Vorname**	**Alter**	**Mitglied im Verein ja / nein**																					
1.																									
2.																									
3.																									
4.																									
5.																									
6.																									
7.																									
8.																									
9.																									
10.																									
11.																									
12.																									
13.																									
14.																									
15.																									

_____ _____

Datum, Unterschrift des Übungsleiters **Datum, Unterschrift der Kindergartenleitung**

(*Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben*)