Rückgabe bis zum **26.05.2017**

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

Teilnehmerliste 2. 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