

Name der Maßnahme _____

Vorname + Name:
Fachkraft _____

Durchführungsort: _____

Art der Tätigkeit:

Datum Tätigkeit:

Tag 1 _____

Tag 2 _____

Tag 3 _____

Tag 4 _____

Tag 5 _____

Tag 6 _____

Tag 7 _____

Tag 8 _____

Tag 9 _____

Tag 10 _____

Tag 11 _____

Tag 12 _____

Tag 13 _____

Datum,
Unterschrift
Fachkraft: _____

Ich bestätige, dass ich an den angeführten Tagen als Fachkraft tätig war. Mit der Unterschrift erkläre ich auch das Einverständnis, dass Film- oder Fotoaufnahmen meiner Person unentgeltlich verwendet werden dürfen.

Die Tätigkeit wird bestätigt

Datum,
Unterschrift: _____

Projektleitung LZE Bündnis für Bildung / Stempel