


Teilnehmerliste für Lehrgänge:

**"Medizinische Erstversorgung mit Selbsthilfeeinheiten"**

Lehrgangsort (genaue Anschrift inkl. PLZ):			Ausbildende Organisation (genaue Bezeichnung):			Bitte frei lassen für Prüfvermerke!				 Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.			
Name der Schule: _____ Schulart: _____ Ganztags-/ganztagsbetreuende Schule: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ggf. Nr. Schulbezirk: _____						Lehrgangs- und/oder Kursnummer:			Termin 1	Termin 2	Termin 3	Termin 4	Termin 5
			Datum:	Datum:	Datum:				Datum:	Datum:	Datum:		
			Uhrzeit von:	Uhrzeit von:	Uhrzeit von:				Uhrzeit von:	Uhrzeit von:	Uhrzeit von:	Uhrzeit von:	
						Uhrzeit bis:	Uhrzeit bis:	Uhrzeit bis:	Uhrzeit bis:	Uhrzeit bis:	Uhrzeit bis:		

Lfd. Nr.	Familiename, Vorname (in Druckbuchstaben)	Geb.-Datum	Adresse: Straße Hausnummer, PLZ Ort (in Druckbuchstaben)	Unterschrift TN (nur Nachname)	Unterschrift TN (nur Nachname)	Unterschrift TN (nur Nachname)	Unterschrift TN (nur Nachname)	Unterschrift TN (nur Nachname)	Unterschrift TN (nur Nachname)	Unterschrift TN (nur Nachname)	ggf. Bescheinigungs-Nr. od. TN-Urkunde
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

Mit der Unterschrift bestätigt der Ausbilder, dass der Lehrgang gem. Lehrplan "Medizinische Erstversorgung mit Selbsthilfeeinheiten" und den diesbezüglichen Vertragsbestimmungen durchgeführt wurde.  _____ Datum                      Name Ausbilder (in Druckbuchstaben)                      Unterschrift Ausbilder	<b>Datenschutzerklärung:</b> 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.	<b>Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Teilnehmer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>die Broschüre "Für den Notfall vorgesorgt" erhalten,</li> <li>innerhalb der letzten 24 Monate nicht an einer gleichen Ausbildung teilgenommen sowie</li> <li>keine Teilnehmerbeiträge geleistet zu haben.</li> </ul>
--	--	---