TEILNAHMELISTE GANZTÄGIGE FERIENBETREUUNG

Amt für Kinder Jugendliche und Familien

Bezeichnung der Maßnahme:

Ort der Maßnahme in Münster **von – bis** **Jugendorganisation, Träger**

Nr	Name, Vorname	Anschrift in Münster	Schule	Geschlecht		Geb. - Datum	Ferienwochen						OGS	GTB	Sonstige
				weiblich	**männlich**		1.	2.	3.	4.	5.	6.	x	x	x
			Summen bzw. Zwischensummen:												

Nr	Name, Vorname	Anschrift in Münster	Schule	Geschlecht		Geb. - Datum	Ferienwochen						OGS	GTB	Sonstige
				weiblich	**männlich**		1.	2.	3.	4.	5.	6.	x	x	x
			Summen bzw. Zwischensummen:												