
Träger der Maßnahme

Straße

PLZ

Ort

E-Mail

Tel.

Handy

Kreisjugendring
Rendsburg-Eckernförde
Geschäftsstelle
Am Holstentor 7 – 9
24768 Rendsburg

Verwendungsnachweis für die Förderung von Jugendpflegefahrten

Name der Jugendgruppe: _____

Name und Anschrift der/des Verantwortlichen:

- Eine Kopie der Juleica bzw. eine Bestätigung über die Ausbildung bzw. berufliche Tätigkeit einer Begleitperson ist beigelegt.

Bankverbindung **des Trägers** der Maßnahme:

IBAN: _____ BIC: _____

Angaben zur Maßnahme:

Art der Maßnahme: _____

Ort der Durchführung: _____

Dauer der Maßnahme: vom _____ bis _____ = _____ Tage
(An- und Abreisetag gilt als 1 Tag)

Teilnehmende: _____ Begleitpersonen: _____

davon förderungsfähige Teilnehmende: _____

davon weiblich _____; davon männlich _____; davon divers _____

davon förderungsfähige Begleitpersonen: _____

davon weiblich _____; davon männlich _____; davon divers _____

Anzufügen ist die zu unterschreibende Teilnahmeliste!

Teilnahmeliste für die Fahrt nach _____ Datum: von _____ bis _____

Lfd. Nr.	Name	Vorname	Anschrift	Geburtsdatum	Unterschrift	Betreuer/in (B) Leiter/in (L)	Wohnort- Zuschuss beantragt
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

Teilnahmeliste für die Fahrt nach _____ Datum: von _____ bis _____

Lfd. Nr.	Name	Vorname	Anschrift	Geburtsdatum	Unterschrift	Betreuer/in (B) Leiter /in (L)	Wohnort- Zuschuss beantragt
12							
13							
14							
15							
16							
17							

Die Angaben der Teilnehmer/ innen dienen der Prüfung des Verwendungsnachweises. Sie werden nicht in Datenbanken gespeichert und/ oder an Dritte weitergegeben. Ich bestätige, dass für die Teilnehmer/innen ein Zuschuss bei der jeweiligen Wohnortgemeinde beantragt wurde.

Ich bestätige, dass die vorgenannte Maßnahme in der angegebenen Zeit mit den vorstehend aufgeführten Teilnehmenden stattgefunden hat.

Ort, Datum _____

Träger der Maßnahme

Rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers

Unterschrift / Stempel der Einrichtung