Antrag





auf Bezuschussung  
einer förderwürdigen Maßnahme / Anschaffung

|  |  |
| --- | --- |
| Angaben zur Maßnahme | |
| Träger (Verband): |  |
| Träger (Verein): |  |
| Ort der Maßnahme: |  |
| Zeitraum: |  |

TEILNEHMENDENLISTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lfd. Nr.:** | **Name, Vorname** | Straße | **Ort** | **Geburts- datum** | StatusTN = Teilnehmer\*in **L = Leiter\*in** | **anwesend**  **von bis** | **Unterschrift** | **Wird vom KJR ausgefüllt** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum: | Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ich bitte / Wir bitten um Zusendung einer Zuschussmitteilung. | Tel. (für Rückfragen):       /       e-mail: |

! Den ausgefüllten Bogen einscannen oder abfotografieren und im Online-Antrag hochladen !

TEILNEHMENDENLISTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lfd. Nr.:** | **Name, Vorname** | Straße | **Ort** | **Geburts- datum** | StatusTN = Teilnehmer\*in **L = Leiter\*in** | **anwesend**  **von bis** | **Unterschrift** | **Wird vom KJR ausgefüllt** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |