

Teilnehmerliste TAG _____

Leiter(in): _____, Trainingsort(e): _____,

Trainingszeit(en): _____, Gruppengröße: _____

	Vor- u. Nachname	Alter (Geburtsdatum)	Telefon- nummer	möglicher Wechsel in TFG nach oder während des Schuljahrs 0_ / 0_		Vereinszugehörig- keit (wenn ja, in welchem Verein?) ggf. auch Kaderzugehörigkeit	Klasse		Weiterführende Schule
				Ja	TFG		nein	3	
1				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
7				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
8				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
9				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
10				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
11				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
12				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
13				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
14				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
15				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
16				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
17				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
18				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
19				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
20				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
21				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
22				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	