T E I L N E H M E R I N N E N L I S T E

BSO SERVICE IM SPORT

BETRIFFT: _____ ORT: _____

(Wettkampf / Lehrgang / Seminar usw.) (im Ausland auch Staat)

ZEITRAUM: am / vom: _____ bis: _____ = _____ TAGE

ANZAHL DER PERSONEN: _____

Bitte in Block- oder Druckschrift ausfüllen

lfd. Nr.	FAMILIEN- und VORNAME	WOHNORT	TAGE	UNTERSCHRIFT
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				