

Aufenthaltsnachweis bei Maßnahmen ohne Übernachtung

Azufüllen von der/dem Leiter/in der Maßnahme

Stadtjugendring Siegen e.V.
Postfach 21 06 09
57030 Siegen

Name der Gruppe:

--

Datum der Maßnahme:	Beginn (Uhrzeit)	Ende (Uhrzeit)	Anzahl der Teilnehmer*innen

Die gültigen Richtlinien des Stadtjugendring Siegen e.V. zur Bewilligung von Zuschüssen sind mir bekannt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift des Leitenden