

Teilnehmerstammblatt



.....
Datum

.....
Firmenstempel/ Unterschrift

Bitte kurzfristig zurücksenden an FAV Gotha e.V.!!!

Fax: 03621 510140 oder e-mail: info@fav-gotha.de

Lfd. Nr.	Name	Vorname	Geburtsdatum	Straße/ Nr.	PLZ	Ort	Beruf	Fachrichtung/ Einsatzgebiet
1	Azubi 1							
2	Azubi 2							
3	Azubi 3							
4	Azubi 4							
5	Azubi 5							

Lfd. Nr.	Name	Vorname	Ausbildungsbeginn	Ausbildungsende	Aj.	Geschlecht	Nationalität	Behinderung ja/ nein	Schulabschluss	Notendurchschnitt	Bemerkungen
1	Azubi 1										
2	Azubi 2										
3	Azubi 3										
4	Azubi 4										
5	Azubi 5										