

Teilnehmerliste

Veranstaltungstitel:

Datum:

Die Teilnehmenden erklären durch ihre Unterschrift ihr Einverständnis zur Erstellung von Bildaufnahmen ihrer Person im Rahmen der Veranstaltung, sowie deren Veröffentlichung zum Zwecke der Berichterstattung und der weiteren Öffentlichkeitsarbeit (u.A. durch Veröffentlichung auf Webseiten). Sofern Sie dem widersprechen wollen, kreuzen Sie bitte unter "Bildeinverständnis" "Nein" an.

Vorname	Name	Alter	Wohnort	Migrations - hintergrund	Geschlecht	Bildeinverständnis	Unterschrift
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> weitere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> weitere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> weitere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> weitere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> weitere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> weitere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> weitere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> weitere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> weitere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> weitere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> weitere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	