|  |
| --- |
| **Kursidentifikationsnummer:**  **Kursstart und -ende:**  **Kurstage gesamt:**  **Durchführende Einrichtung:**  **Region/Kreis/krf. Stadt:**  **Koordinierende VHS:** |
| **Dozent/-in**  **Name:**  **Qualifikation:** |
| **Anmeldezahl gesamt**:  **männlich**: **weiblich**: |

**Zusammenfassende Beurteilung der Maßnahme/Perspektiven/Bedarfe (Stichworte):**

Bitte denken Sie an die Unterschriften unter dieser Tabelle.

| **Datum** | **UStd.** | **TN-Zahl** | | **Thema / Inhalt (kurz)** | **Bemerkungen / Besonderheiten** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **w** | **m** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Datum und Unterschriften:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dozent/-in Verantwortliche/-r der durchführenden Einrichtung**