

# Anmeldeformular

Ausbildung

Fortbildung

## Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer

Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Anschrift des Mitgliedsbetriebes

|         |         |
|---------|---------|
| Strasse | Hausnr. |
| PLZ     | Ort     |

Zuständiger Unfallversicherungsträger:  
(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)

Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer:

### Teilnahmeliste

Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.

Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.

Bestätigung  
durch die  
Ausbildungsstelle

| Name, Vorname | Geburtsdatum | Unterschrift | Bestätigung durch die Ausbildungsstelle |
|---------------|--------------|--------------|-----------------------------------------|
| 1             | . .          |              |                                         |
| 2             | . .          |              |                                         |
| 3             | . .          |              |                                         |
| 4             | . .          |              |                                         |
| 5             | . .          |              |                                         |
| 6             | . .          |              |                                         |
| 7             | . .          |              |                                         |
| 8             | . .          |              |                                         |
| 9             | . .          |              |                                         |
| 10            | . .          |              |                                         |

### Bestätigung durch das Unternehmen

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Unternehmens

### Bestätigung durch die Ausbildungsstelle

|                                                   |                                               |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| abrechenbare Teilnehmeranzahl auf diesem Formular | Datum des Lehrgangs                           |
| Kennziffer der Ausbildungsstelle                  | Name der Lehrkraft                            |
| Registriernummer des Lehrgangs                    | Ort des Lehrgangs                             |
| Ort, Datum                                        | Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle |