

# Lehrgangsmeldung

|                                |      |       |
|--------------------------------|------|-------|
| durch die Gemeinde / Stadt*):  |      |       |
| zur Teilnahme am Lehrgang-Nr.: |      |       |
| vom:                           | bis: | Jahr: |

## am Feuerwehrzentrum des Landkreises Eichsfeld

|  |                          |                                   |                              |
|--|--------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Vor- und Zuname:   |                          | Geb.-Datum:                       |                              |
| PLZ:   |                          | Straße:                           |                              |
| Wohnort:   |                          | Straße:                           |                              |
| <b>Telefonische Erreichbarkeit des Lehrgangsteilnehmers:</b> |                          |                                   |                              |
| Angehöriger der  | <input type="checkbox"/> | Freiwilligen Feuerwehr in:        | <input type="checkbox"/>     |
|  |                          | Werkfeuerwehr in:                 | <input type="checkbox"/>     |
| seit:  |                          | Dienstgrad:                       |                              |
| Angaben zu bereits absolvierten Feuerwehrlehrgängen:         |                          |                                   |                              |
|  | vom                      | bis                               | in                           |
| Atemschutzgeräteträger:                                      | ja                       | nein                              | G 26/3-Tauglichkeit: ja nein |
| Nachweis beiliegend:   | G 26/3 GA 50 Stunden     |                                   | TrM Teil 2                   |
| Übernachtung gewünscht                                       |                          | vegetarische Mahlzeiten gewünscht |                              |

Hiermit wird bestätigt, dass o.g. Lehrgangsteilnehmer/-in die erforderlichen Teilnahmevoraussetzungen besitzt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ortsbrandmeister / Stadtbrandmeister

Hiermit wird bestätigt, dass o.g. Lehrgangsteilnehmer/-in von der Gemeinde / Stadt / Firma zum vorgenannten Lehrgang gemeldet und entsendet wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Bürgermeister / Werkleiter

Die Anmeldung wird nach Kenntnisnahme befürwortet:

Heilbad Heiligenstadt,

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Kreisbrandinspektor

\*)Bitte in Blockschrift oder mit PC ausfüllen

unvollständige, unleserliche Teilnehmermeldungen werden nicht berücksichtigt und umgehend zurückgesandt