

Group session register

weeks 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 and 11

Date of session
d d m m y y y y

Venue NHS premises Community centre Church hall
 Other specify

Delivery site

Facilitator 1 Facilitator 3

Facilitator 2

Catering provided? Yes No
 Room booking? Paid for Free

#	Participant ID	Participant Name (print)	Attended session	If no attendance reason (see below*)	Comments
1	S <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
2	S <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
3	S <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
4	S <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
5	S <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
6	S <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
7	S <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
8	S <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
9	S <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
10	S <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
11	S <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
12	S <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
13	S <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

* **I** Illness **T** Transport problems **S** Supporter unavailable
H Holiday **D** Deceased **W** Withdrawn from intervention
B Too busy **C** Cancelled by facilitator **U** Unknown **O** Other (specify)