

# Group session register

## weeks 1, 6 and 12

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

Catering provided?  Yes  No

Facilitator 2

Room booking?  Paid for  Free

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

\* **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)