



Schützengesellschaft Hillerse e.V.

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre(n) ich mich / (wir uns)* einverstanden, dass meinen Sohn/ meiner Tochter*

Vorname:

Name:

Geburtstag:

an den Übungs- und Wettkampfschießen nach den Regeln der gültigen Sportordnung des Deutschen Schützenbundes e.V (gemäß § 27 WaffG) mit

Lichtpunktgeräten (ab dem vollendeten 6. Lebensjahr)

Bogen (ab dem vollendeten 6. Lebensjahr)

Luftdruck- oder CO²-Schusswaffen (ab dem vollendeten 12. Lebensjahr)

Kleinkalibrigen Schusswaffen (Kal.5,6mm) (ab dem vollendeten 14. Lebensjahr)

im Beisein einer dem Waffenrecht entsprechenden, für die Obhut beim Schießen und zur Kinder- Jugendarbeit geeigneten verantwortlichen Aufsichtsperson, auf der vereinseigenen oder einer anderen offiziellen Schießanlage bzw. einer genehmigten Veranstaltung teilnehmen darf (Laut Waffengesetz endet mit dem vollendeten 15. Lebensjahr die besondere Obhut „Kinder –und Jugendarbeit“, danach gilt eine verantwortliche Aufsichtsperson).

Die Einverständniserklärung ist jederzeit widerrufbar.

***) zutreffendes BITTE unterstreichen.**

Anschrift:

Straße:

Nr.:

PLZ:

Wohnort:

Ort: _____, den ____ . ____ .20__

Unterschrift der Sorgeberechtigten:

	Name, Vorname	Unterschrift
Mutter	_____	_____
	Name, Vorname	Unterschrift
Vater	_____	_____
	Name, Vorname	Unterschrift
Vormund	_____	_____

Achtung: Die Einverständniserklärung muss von allem Sorgeberechtigten unterschrieben werden. Steht das Sorgerecht aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung oder einem sonstigen Grund nur einem Elternteil bzw. amtlichen Vormund zu, genügt die Unterschrift dieses Sorgeberechtigten.
Die Einverständniserklärung besteht aus 2 Seiten.

Hinweise für die Aufsichtsperson

Sollte es zu einem Notfall kommen, bin ich unter dieser Telefonnummer erreichbar.

Die folgenden Informationen werden dem Notarzt im Falle eines Unfalls ausgehändigt.

Mein(unser) Sohn / meine (unsere)Tochter leidet unter folgenden Krankheiten, Beschwerden und Allergien

Mein(e) Sohn/Tochter nimmt folgende Medikamente ein.

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Wichtig!

Diese Angaben werden nur im Notfall weitergegeben (Arzt), aber NICHT an Dritte.

Sollte sich auf dieser Seite etwas Ändern bitten wir um Benachrichtigung.