<u>Einverständniserklärung</u>

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass unser(e) Sohn/Tochter

| --- | --- | --- |
Name	Vorname	Geb. Datum
Strasse/ Hs. Nr.	Postleitzahl	Wohnort
---		---
Telefon Festnetz		Handy

E-Mail Adresse

am Schießtraining und anderen Aktivitäten der
Schützengesellschaft 1912 Neukirchen e.V.
teilnimmt.

Unser Kind ist ☐ Schwimmer ☐ Nichtschwimmer

Es nimmt folgende Medikamente: (z.B. Blutverdünnungsmittel)_____

_____

Hat folgende Erkrankungen (z. B.Diabetes):_____

_____

| --- | --- |
Ort	Datum
Name des Vaters (BITTE IN BLOCKSCHRIFT)	Name der Mutter
*	*
Unterschrift Vater	Unterschrift Mutter

*Laut Waffengesetz ist die Unterschrift beider Erziehungsberechtigter erforderlich!
Bei allein erziehenden die Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten!