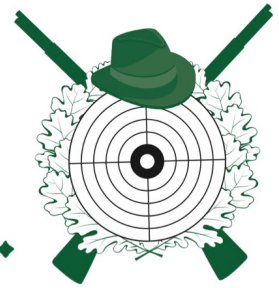




Schützenverein Borgloh v. 1630 e.V.



Einverständniserklärung Armbrust schießen

Hiermit erkläre ich mich / erklären wir uns damit einverstanden,
dass mein / unser Kind

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum / Ort: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

am **Kinder Adlerschießen** mit der Armbrust des

Vereinsname: **Schützenverein Borgloh v. 1630 e.V.**

unter meiner / unser Aufsicht teilnimmt.

Ich bestätige / wir bestätigen, dass mein / unser Kind die
erforderliche geistige und körperliche Eignung zum Schießen besitzt.

Name / Vorname
Erziehungsberechtigter: _____

Name / Vorname
Erziehungsberechtigte: _____

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten