
Name der/des Sorgeberechtigten

Ort, Datum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Einverständniserklärung
gemäß § 27 Abs. 3 WaffG

Hiermit erkläre ich/wir mich/uns einverstanden daß die nachstehende Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

gemäß § 27 Abs. 3 WaffG an regelrechten Schießsport auf genehmigten Schießstätten teilnimmt.

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Name der/des Sorgeberechtigten

Ort, Datum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Einverständniserklärung
gemäß § 27 Abs. 3 WaffG

Hiermit erkläre ich/wir mich/uns einverstanden daß die nachstehende Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

gemäß § 27 Abs. 3 WaffG an regelrechten Schießsport auf genehmigten Schießstätten teilnimmt.

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten