

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG



Für mein/unser Kind:

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße & Hausnummer: _____

Postleitzahl & Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Hiermit gebe/n ich/wir bis auf Widerruf mein/unser Einverständnis, das mein/unser Kind in der Schützengesellschaft SV-Kleineibstadt an den Übungs- und Wettkampfschießen im Beisein einer entsprechenden Aufsichtsperson teilnehmen darf, und bei Abstimmungen seine/ihre Stimme abgeben darf. Ich/wir bestätigen dies mit meiner/unserer Unterschrift.

Ort & Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Name in Druckbuchstaben

Ort & Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Name in Druckbuchstaben

ANSCHRIFT

Schützenverein Kleineibstadt
Münsterstraße 10
97633 Kleineibstadt

KONTAKT

Bernd Erhart
09762/1503
sv-kleineibstadt@gmx.de

INSTAGRAM

sv_kleineibstadt