

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG



Für mein/unser Kind:

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl & Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Hiermit gebe/n ich/wir bis auf Wiederruf 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 Erziehungsberechtige/r

Name in Druckbuchstaben

Ort & Datum

Unterschrift Erziehungsberechtige/r

Name in Druckbuchstaben

## ANSCHRIFT

Schützenverein Kleineibstadt  
Münsterstraße 10  
97633 Kleineibstadt

## KONTAKT

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

## INSTAGRAM

sv\_kleineibstadt