



# Sportschützen Heroldsberg e.V.

Sportplatzweg 8, 90562 Heroldsberg  
[www.sportschuetzen-heroldsberg.com](http://www.sportschuetzen-heroldsberg.com) | [info@sportschuetzen-heroldsberg.com](mailto:info@sportschuetzen-heroldsberg.com)



## Einverständniserklärung Schießeraubnis für Minderjährige

I. Ich,

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Bin  allein /  gemeinsam mit

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt für das nachgenannte Kind

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

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

II. Hiermit erkläre ich  mich /  erklären wir uns als sorgeberechtigte Person -bis auf Widerruf- einverstanden, dass  mein /  unser Kind entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen über das Schießen durch Minderjährige und unter Aufsicht bzw, Aufsicht und Obhut verantwortlicher und zur Kinder- und Jugendarbeit für das Schießen geeigneter Aufsichtspersonen am Schießbetrieb (Training und Wettkampf) teilnehmen darf. Insbesondere gilt:

Ich bin /  Wir sind damit einverstanden, dass mein / unser Kind im Alter von **12 bis 14 Jahren** mit Luft-, Federdruck- oder CO<sub>2</sub> -Waffen unter Aufsicht und Obhut (s.o.) den Schießsport betreiben darf.

Ich bin /  Wir sind damit einverstanden, dass mein / unser Kind im Alter von **14 bis 18 Jahren** mit Luft-, Federdruck- oder CO<sub>2</sub>- Waffen unter Aufsicht den Schießsport betreiben darf.

Ich bin /  Wir sind damit einverstanden, dass mein / unser Kind im Alter **von 14 bis 18 Jahren** mit Schusswaffen bis zu einem Kaliber von 5,6 mm (.22 l.r.) für Munition mit Randfeuerzündung, wenn die Mündungsenergie höchstens 200 Joule (J) beträgt und Einzellader - Langwaffen mit glatten Läufen mit Kaliber 12 oder kleiner unter Aufsicht und Obhut den Schießsport betreiben darf.

### III. Hinweise für den Schießsportleiter / die verantwortliche Aufsichtsperson (Standaufsicht) (Freiwillige Angaben)

1. Unser(e) / mein(e) Sohn / Tochter leidet unter folgenden Krankheiten/Beschwerden (z.B. Asthma, Herz- Kreislauf- Problemen usw.):

Keine \_\_\_\_\_

2. Unser(e) / mein(e) Sohn / Tochter nimmt folgende Medikamente:

Keine \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aller Sorgeberechtigten