

## Einverständniserklärung gem. § 27 Abs.3 WaffG

Hiermit geben wir, die Erziehungsberechtigten/die Sorgeberechtigten bis auf schriftlichen Widerruf unser Einverständnis, das unser Kind

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Wohnhaft \_\_\_\_\_  
(Straße und Hausnummer/ PLZ, Ort)

Für den Schützenverein Eschede

- **Für Kinder von 12 und 13 Jahren**

In Schießstätten mit Druckluft-, Federdruck- CO2- Waffen, unter Aufsicht einer verantwortlichen und zur Kinder- und Jugendarbeit für das Schießen geeigneter und lizenzierter Aufsichtspersonen, schießen darf.

- **Für Kinder/Jugendliche von 14 bis 18 Jahren zusätzlich**

In Schießstätten mit Schusswaffen bis Kaliber 5,6mm(.22IfB)(Kleinkaliber) mit Randfeuerzündung und einer Energie bis zu 200 Joule unter Aufsicht einer verantwortlichen, lizenzierter Aufsichtsperson schießen darf.

Mein Kind leidet unter folgenden Allergischen Reaktionen bzw. Beschwerden z.B. Asthma, Kreislaufproblemen:

---

---

Zur akuten Hilfeleistung hat mein Kind folgende Medikamente dabei

---

---

Im Notfall bin ich unter folgenden Kontaktdaten zu erreichen:

\_\_\_\_\_  
Telefon (Privat)

\_\_\_\_\_  
Telefon (Arbeit)

\_\_\_\_\_  
Mobilfunk-Nummer

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungs-/Sorgeberechtigter