

Bescheinigung

für 10-12jährige Jugendliche zur Ausübung des Schützen sports

Dem Landratsamt/Stadt

wird hiermit bestätigt, dass

(Name)

(Vorname)

(geb. am)

(Straße)

(Nr.)

(Wohnort)

körperlich und geistig in der Lage ist, mit Luftdruckwaffen sicher umzugehen.

(Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arztes)