

Name des Arztes  
Adresse

Datum

Name des Schützen

Ärztliche Bescheinigung

Bei dem Kind.....Name.....geb. am.....(Geburtsdatum)....bestehen aufgrund seiner körperlichen und geistigen Eignung keine bedenken meinerseits für eine Mitgliedschaft in einem Schützenverein (Name des Vereins) bzw. der Teilnahme am aktiven Schießsport, soweit dies unter Aufsicht einer Erwachsenen dazu berechtigten Person stattfindet.

Ort, Datum

Mit freundlichen Grüßen

Name des Arztes u. Unterschrift