

**Ärztliche Bescheinigung
des Hausarztes oder eines Facharztes (z.B. für Kinder- und Jugendheilkunde)**

Hiermit wird bescheinigt, dass das Kind

Name	Vorname
Geburtsdatum/-ort	Staatsangehörigkeit
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Wohnort

über die geistige und körperliche Eignung für das Schießen auf Schießstätten mit Druckluft-, Federdruckwaffen und Waffen, bei denen zum Antrieb der Geschosse kalte Treibgase verwendet werden, verfügt.

Ort/Datum

Unterschrift

Stempel der Praxis