

## Einverständniserklärung Sorgeberechtigter

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Name *               | Vorname *            |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum         | Geburtsort *         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße, Hausnummer * |                      |
| <input type="text"/> |                      |
| PLZ *                | Wohnort *            |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## Zustimmung zur Ausnahmegenehmigung gem. §27 Abs. 4 Waffengesetz

### Ausnahmegenehmigung für

Name \*

Vorname \*

Geburtsdatum \*

---

Datum, Unterschrift \*

Die mit einem Stern gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt sein.