

Westfälischer Schützenbund e.V.

Eberstr. 30, 44145 Dortmund

Tel.: 0231/81 86 44-45

Fax: 0231/81 48 30

--	--

ANMELDUNG (zutreffendes bitte ankreuzen!)

- Schießsportleiter-Ausbildung (**)
- Trainer-C-Ausbildung
- Kampfrichter-Ausbildung
- JL-/F-ÜL-Breitensport-Ausbildung
- Jugendbetreuer-Ausbildung
- Jugendsprecher-Grundkurs

- Jugendleiter-/Trainer-C-Fortbildung
- Übungsleiter-Weiterbildung zum Trainer-C
- Kampfrichter-Fortbildung
- Schüler-Lehrgang
- Jugendsprecher-Aufbaukurs
- _____-Lehrgang

Beginn am: _____ in: _____

Der Verein: _____ Ver.-Nr.: _____
meldet zu dem angegebenen Lehrgang folgendes Mitglied:

NAME: _____ VORNAME: _____

GEB.-DATUM: _____ BERUF: _____

PLZ ORT: _____

STRASSE: _____ TEL.: _____

FAX: _____

SPORTPASS-NR.: _____ (ohne Sportpaß ist eine Teilnahme nicht möglich!)

Schießsportl.-Lizenz-Nr.: _____ gültig bis zum: _____

Übungsl.-Trainer-C-Lizenz-Nr.: _____ gültig bis zum: _____

Jugendl.-Lizenz-Nr.: _____ gültig bis zum: _____

_____-Lizenz-Nr.: _____ gültig bis zum: _____

Aktiv in folgenden Disziplinen: *Gewehr/Pistole/Bogen/Armbrust/Vorderlader/Laufende Scheibe/
Wurfscheiben (*)*

Im Verein tätig als: *Jugendleiter/Übungsleiter/Trainer/Jugendsprecher/
Standaufsicht (*)*

(*) nicht zutreffendes bitte streichen!

Informationen zum Verein:

Mitgliederzahlen: Gesamt: _____ Schüler: _____ Jugend: _____
Schützen: _____ Damen: _____

Anzahl der Lizenzen: SL: _____ ÜL/TC: _____ JL: _____ OL: _____

Ort und Datum: _____

(Unterschrift d. Teilnehmers)

(Stempel u. Unterschrift d. Vereins)

() Die Zulassung zur Schießsportleiter-Ausbildung erfolgt nur, wenn der Anmeldung eine Bescheinigung über die Teilnahme an einem 1. Hilfe-Kurs von mindestens 8 Doppelstunden (nicht älter als 4 Jahre) in Kopie beigelegt wird. Der Lehrgang über "Sofortmaßnahmen am Unfallort" reicht nicht.**

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

A Minderjährige Teilnehmer

Mein(e)/Unser(e) Sohn/Tochter _____ geb. am _____
nimmt an der umseitig benannten Veranstaltung teil.

Er/Sie ist gesund und frei von ansteckenden Krankheiten bzw. unterliegt nachfolgenden körperlichen Schwächungen (z.B. Kreislaufschwäche, gerade verheilte Armbruch, Wachstumsstörungen usw.)

Er/Sie nimmt regelmäßig folgende Medikamente ein: _____

Letzte Tetanus-Schutzimpfung am: _____

Krankenkasse: _____

Mein(e)/Unser(e) Sohn/Tochter

- darf am gemeinsamen Schwimmen im Hallen-/Freibad teilnehmen ja/n.
Er/Sie ist Schwimmer(-in) () Nichtschwimmer(-in) ()
- darf am gemeinsamen Sport teilnehmen ja/nein
- darf am gemeinsamen Saunabesuch teilnehmen ja/nein
gemischt () getrennt geschlechtlich ()
- darf sich nach vorheriger Abmeldung beim Gruppenleiter
in der Freizeit von der Gruppe entfernen (z.B. Stadtbummel) ja/nein

Während des umseitig benannten Veranstaltungszeitraumes bin ich/sind wir unter der nachfolgenden Tel.-Nr. zu erreichen: _____

Ort/Datum _____ Unterschrift der Erziehungsberechtigten _____

B Volljährige Teilnehmer

Name _____ geb. am _____

Ich bin gesund und frei von ansteckenden Krankheiten bzw. unterliege nachfolgenden körperlichen Schwächungen (z.B. Kreislaufschwäche, gerade verheilte Armbruch, Haltungsschwäche usw.)

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein: _____

Letzte Tetanus-Schutzimpfung am: _____

Krankenkasse: _____

Ich erkläre mich bereit, an der gesamten umseitig benannten Maßnahme teilzunehmen, sofern es meine körperlichen Voraussetzungen zulassen.

Ich erkläre mich bereit, den zum Gruppenbestand notwendigen Anordnungen der Gruppenleiter zu folgen

Ort/Datum _____ Unterschrift _____