

# Einverständniserklärung

## für die Teilnahme am kostenlosen Probetraining

(dies ist keine Eintrittserklärung)

Hiermit erlaube ich / erlauben wir meinem / unserem Kind:

\_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

am Jugendtraining des Schützenvereins Waldeslust Spachbrücken 1919 e.V. teilzunehmen.

[ ] Mein / Unser Kind hat besondere Krankheiten, auf die geachtet werden muss:

\_\_\_\_\_

(Nichtzutreffendes streichen)

Name des / der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Telefonnummer des / der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum



**Schützenverein Waldeslust Spachbrücken 1919 e.V.**

**[www.svw-spachbruecken.de](http://www.svw-spachbruecken.de)**

**Adresse:** An den Weidenbäumen 64354 Reinheim (Spachbrücken)

**Telefonnummer im Vereinshaus:** 06162-4847

**Jugendtrainingszeiten:** Dienstag & Freitag 18:00 – 19:30