

Schützengilde Oberdischingen e.V.



**Hiermit erkläre ich mich / erklären wir uns einverstanden,
dass mein / unser Kind**

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon: _____
Handy: _____
E-Mail: _____

Bachstraße
89610 Oberdischingen
Telefon 07305/21498

**am Jedermannschießen der Schützengilde Oberdischingen,
unter Aufsicht der Schießleiter und Jugendbetreuer teilnehmen darf.**

Unterschrift der Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen)

Bankverbindung:
Sparkasse Ulm
BLZ 630 500 00
Kto. 9 338 814