

Name:		Aufrufnummer:	
Vorname:			
Adresse:			
Datum:			
<input type="checkbox"/>	Sportschütze	<input type="checkbox"/>	Jäger
<input type="checkbox"/>	Mitglied	<input type="checkbox"/>	SCG/RAG
<input type="checkbox"/>	Nichtmitglied	<input type="checkbox"/>	Tagesversicherung bez.
Unterschrift:			
Mit der Unterschrift erkennt der Schütze die Schießstandrichtlinien an			
Von der Schießstandaufsicht auszufüllen:			
Disziplin		Stand Nr.:	
Kaliber			
<input type="checkbox"/>	Zweiter Schütze gez.	Lfd. Nr.	