



## SCHÜTZENGESELLSCHAFT KLEINRAIGERING 1951 e.V.

Immenstetter Straße 21  
92224 Amberg

Telefon: 09621/42717  
www.sg-kleinraigering.de

Mitglied des  
**Deutschen Schützenbundes e.V.**

Mitglied des  
**Oberpfälzer Schützenbundes e.V.**

### Aufnahmeantrag / Aufnahmeerklärung

.....  
**Name**

.....  
**Vorname**

.....  
**Straße / Hausnummer**

.....  
**PLZ / Wohnort**

.....  
**Geburtsdatum**

.....  
**Email-Adresse**

Durch meine Unterschrift erkläre ich meinen Beitritt zur Schützengesellschaft Kleinraigering 1951 e.V.  
Gleichzeitig erkenne ich die Satzung der Gesellschaft an.

Ich bin damit einverstanden, dass die Schützengesellschaft Kleinraigering 1951 e.V. meine Daten für interne Zwecke speichert und nutzt. Meine Daten dürfen an den Oberpfälzer Schützenbund weitergegeben werden:

**JA / NEIN** (entsprechendes bitte streichen)

Mit der Veröffentlichung von Bildern und Berichten in der Presse oder im Internet, die im Zusammenhang mit dem Schützenverein von mir erstellt werden, bin ich einverstanden:

**JA / NEIN** (entsprechendes bitte streichen)

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift**

**Für Mitglieder unter 18 Jahren ist nach §7 der Satzung die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten erforderlich:**

Mit dem Beitritt meines/meiner Sohnes/Tochter zu oben genannter Gesellschaft erkläre ich mich einverstanden.  
Einverständniserklärung auf der Rückseite beachten!

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift des Erziehungsberechtigten**

### Einzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag durch Lastschrift

Hiermit ermächtige ich/wir die Schützengesellschaft Kleinraigering 1951 e.V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliederbeiträge\* bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen:

.....  
**IBAN**

.....  
**BIC**

.....  
**Kreditinstitut**

.....  
**Name des/der Konto-Inhaber(s)**

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift(en)**



**SCHÜTZENGESELLSCHAFT  
KLEINRAIGERING 1951 e.V.**

**Einverständniserklärung**

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

.....  
**Name**

.....  
**Vorname**

.....  
**Straße / Hausnummer**

.....  
**PLZ / Wohnort**

**Geburtsdatum** .....

unter Obhut des/der Jugendbetreuer(s) oder sonstiger verantwortlichen und zur Kinder- und Jugendarbeit für das Schießen geeigneter Aufsichtspersonen der SG Kleinraigering 1951 e.V. am Schießbetrieb (Training und Wettkampf) wie nachfolgend beschrieben teilnehmen darf:

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass mein(e)/unser(e) Sohn/Tochter  
**ab dem Alter von 12 Jahren und unter 14 Jahren**  
mit Luft-, Federdruck- und CO2- Waffen  
unter Aufsicht den Schießsport betreiben darf.  
**JA / NEIN**  
(entsprechendes bitte streichen)

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass mein(e)/unser(e) Sohn/Tochter  
**ab dem Alter von 14 Jahren und unter 18 Jahren**  
mit Kleinkaliber-Waffen (Kaliber .22 lfB)  
unter Aufsicht den Schießsport betreiben darf.  
**JA / NEIN**  
(entsprechendes bitte streichen)

Diese Erklärung gilt, bis ich/wir sie widerrufe(n).

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift der beiden Erziehungsberechtigten  
bzw. bei Alleinerziehenden des Sorgeberechtigten**

\* Die derzeitigen Mitgliedsbeiträge betragen:  
für Kinder und Jugendliche 22,50 € jährlich /  
für Erwachsene 45,00 € jährlich /  
die einmalige Aufnahmegebühr beträgt jeweils 5,00 €