

Anmeldeformular SSL Bogen Fortbildung

vom: _____ bis: _____ Lg.Nr.: _____

Angaben zur Person

Vorname u. Name: _____
Mitgliedsnr.: _____
Straße: _____
PLZ/Wohnort: _____
Tel.: _____
Geb.Datum / Ort: _____
SSL seit / Gült. bis: _____

Angaben zur Arbeit im Verein / KSV

Name des Vereins: _____
Mitglied im Landessportbund: **!!! ja / nein** (Nichtzutreffendes bitte streichen)
Kreisschützenverband: _____

Training im Verein und/oder Kreisverband:

Größe der Gruppe: Personen
Anzahl der Schützinnen und Schützen
(Bitte die Anzahl eintragen) Personen bis 14 Jahre
..... Personen zwischen 15 u. 20 Jahre
..... Personen 21 Jahre und älter
Häufigkeit des Trainings pro Monat Trainingstage
Sonstige Disziplin(en): O Gewehr O Pistole O Bogen O Sonstige: _____
Die regelmäßigen Trainingstage sind:

Sonstige Tätigkeiten und Funktionen

stellvertr. Kreisschießsportleiter O Kreisreferent Gewehr/Bogen/Pistole O
stellvertr. Kreisjugendleiter O Vereinsschießsportleiter O
Vereinsjugendleiter O
bitte die Funktion(en) ankreuzen!

Ort

Unterschrift