Anmeldeformular TB Fortbildung

vom: _____ bis: _____Lg.Nr.:_____

Angaben zur Person

Vorname u. Name: _____

Mitgliedsnr.: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel.: _____

Geb.Datum / Ort: _____

Disziplin: **O Gewehr** **O Pistole** **O Bogen**
nur eine ankreuzen / möglich !

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