

**Ärztliche Stellungnahme über die geistige und körperliche  
Eignung eines Kindes zur Förderung des  
Schießleistungssports**

(Anlage zum Antrag auf Erteilung einer Ausnahme vom Alterserfordernis  
für Kinder und Jugendliche gemäß WaffG)

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_,  
als Hausarzt / Kinderarzt des Kindes \_\_\_\_\_,  
geb. am \_\_\_\_\_, dass das genannte Kind die  
erforderliche körperliche und geistige Eignung für den Umgang mit  
Luftgewehren besitzt.

Das Kind ist körperlich und geistig altersmäßig entwickelt und weist  
keine offensichtlichen Defizite/ Auffälligkeiten auf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes

**Antrag auf Erteilung einer Ausnahme vom  
Alterserfordernis für Kinder und Jugendliche  
gemäß WaffG**

Landkreis Osterholz  
Ordnungsamt  
Osterholzer Straße 23  
27711 Osterholz-Scharmbeck

<b>Nachname des Kindes / Jugendlichen</b>	
<b>Vorname des Kindes / Jugendlichen</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Geburtsort</b>	
<b>Staatsangehörigkeit</b>	
<b>Straße, Hausnummer</b>	
<b>Postleitzahl, Wohnort</b>	

	<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>
<b>Nachname <u>des/der</u> Sorgeberechtigten</b>		
<b>Vorname <u>des/der</u> Sorgeberechtigten</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Geburtsort</b>		
<b>Staatsangehörigkeit</b>		
<b>Straße, Hausnummer</b>		
<b>Postleitzahl, Wohnort</b>		

**Von dem Kind / Jugendlichen soll mit folgender(n) Waffe(n) geschossen werden:**

**Art der Waffe**

**Kaliber der Waffe**

**Es soll in folgender(n) Schiessstätte(n) geschossen werden:**

**Ort, Anschrift**

**Betreiber der Schiessstätte**

**Ausführliche Begründung des Antrages:**

**Ort, Datum**

**Unterschrift(en) der/des  
Erziehungsberechtigten**

(Mutter)

(Vater)

## Stellungnahme des Schiessstättenbetreibers

- zum Antrag auf Erteilung einer Ausnahme vom Alterserfordernis -

Vorname, Name des Kindes / Jugendlichen	
Der Antrag auf Erteilung einer Ausnahme vom Alterserfordernis wird <input type="checkbox"/> nicht befürwortet, <input type="checkbox"/> befürwortet. <u>Ausführliche Begründung:</u>  	
Die für die Benutzung von Schusswaffen erforderliche körperliche und geistige Eignung und Reife des Kindes / Jugendlichen <input type="checkbox"/> halten wir aus eigener Überzeugung für gegeben, <input type="checkbox"/> halten wir nicht für gegeben, <input type="checkbox"/> kann von uns nicht verantwortlich beurteilt werden.	
Die von uns betriebene Schiessstätte ist für das Schiessen durch Kinder und Jugendliche mit der / den im Antrag genannten Waffe(n) <input type="checkbox"/> geeignet und zugelassen, <input type="checkbox"/> nicht geeignet oder zugelassen.	
<input type="checkbox"/> Wir bestätigen, dass während des Schiessbetriebes mit Kindern / Jugendlichen die erforderliche Aufsicht durch eine ausreichende Zahl an geeigneten Aufsichtspersonen gewährleistet wird. Die Aufsicht erfolgt durch Personen, die eine abgeschlossene Ausbildung zum Übungsleiter oder Schiesssportleiter besitzen.	
Name, Anschrift und <u>Stempel</u> des Schiessstättenbetreibers	
Ort, Datum	
Unterschriften	(1. Vorsitzender)      und      (Schießwart)