

Gastschützenmeldung

Schützengilde Abstatt 1990 e.V.



1. Angaben zur Person

Familienname, ggf. Geburtsname:	Vorname:
Anschrift:	
Personalien ausgewiesen durch (Personalausweis/Reisepass/Führerschein) Bitte Nummer eintragen:	

2. Besuch bei der SG Abstatt

Datum:	Gehörschutz Nr: Rückgabe: <input type="checkbox"/>	Trainingsleiter:	Gastschützensgebühr bezahlt:
--------	---	------------------	------------------------------

3. Zuverlässigkeit und persönliche Eignung

	nein	ja
Sind oder waren Sie Mitglied in einem Verein, der unanfechtbar verboten wurde oder der einem unanfechtbaren Betätigungsverbot unterliegt oder Mitglied in einer Partei, deren Verfassungswidrigkeit das Bundesverfassungsgericht festgestellt hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie innerhalb der letzten fünf Jahre mehr als einmal wegen Gewalttätigkeit mit richterlicher Genehmigung in polizeilichem Präventivgewahrsam gewesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind oder waren Sie Mitglied in einer terroristischen Vereinigung oder einer anderen Vereinigung, die Bestrebungen verfolgt, welche gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder gegen die Gedanken der Völkerverständigung, insbesondere gegen das friedliche Zusammenleben der Völker, gerichtet sind, oder durch Anwendung von Gewalt oder darauf gerichtete Vorbereitungsmaßnahmen auswärtige Belange der Bundesrepublik Deutschland gefährden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist momentan gegen Sie ein staatsanwaltliches oder polizeiliches Ermittlungsverfahren oder ein gerichtliches Strafverfahren anhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie innerhalb der letzten zehn Jahre wegen einer Straftat rechtskräftig verurteilt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in Ihrer Geschäftsfähigkeit beschränkt oder geschäftsunfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie abhängig von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln (z.B. Drogen, bestimmte Medikamente); sind Sie psychisch krank oder debil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Erkrankungen oder Verletzungen, welche beim Umgang mit Waffen und Munition zu Gefährdungen führen können (z.B. schwere Formen von Sehschwächen, Farbuntüchtigkeit, Nachtblindheit, Einäugigkeit, Hirnverletzung, schwere Herz- und Kreislauferkrankungen, Zuckerkrankheit, Anfallsleiden, Schwerhörigkeit, Taubheit, Amputation, Lähmungen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgende:		
Meine Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit		
Unterschrift Gastschütze		