

## Ärztliche Bescheinigung nach §27 Abs. 4 WaffG

Hiermit wird bescheinigt, dass

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum, Geburtsort

---

Straße, Hausnummer, PLZ und Ort

die geistige und körperliche Eignung für das Schießen in Schießstätten mit Druckluft-, Federdruckwaffen und Waffen, bei denen zum Antrieb der Geschosse kalte Treibgase verwendet werden (Luftdruck-, Federdruck- und CO<sub>2</sub>-Waffen), besitzt.

---

Ort und Datum

---

Stempel und Unterschrift