

## Ärztliche Bescheinigung nach §27 Abs. 4 WaffG

**zum Schießen mit Druckluft-, Federdruckwaffen und Waffen,  
bei denen zum Antrieb der Geschosse kalte Treibgase  
verwendet werden (Luftdruck-, Federdruck- und CO2-Waffen).**

Tauglichkeitsuntersuchung für

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum, Geburtsort

---

Straße, Hausnummer, PLZ und Ort

1. Lungen-, Herz-, Kreislauforgane unauffällig?
2. Halte- und Bewegungsapparat unauffällig?
3. Andere Krankheiten, die eine Sportuntauglichkeit bedingen?
4. Nachuntersuchung erforderlich?
5. Schießsporttauglich?
6. Geistige Eignung

Zu 1.  ja  nein

Zu 2.  ja  nein

Zu 3.  ja  nein

Zu 4. am \_\_\_\_\_  nein

Zu 5.  ja  nein

Zu 6.  ja  nein

Er / Sie ja ist gesund und schießsporttauglich.

Er / Sie besitzt die für den Umgang mit den o.g. Sportgeräten erforderliche Besonnenheit und körperliche Reife, wie sie von Kindern / Jugendlichen erwartet wird, um verantwortlich mit diesen umgehen zu können.

---

Ort und Datum

---

Stempel und Unterschrift