



Zurück an:

Stadt Weiden i.d.OPf.
Amt für öffentliche Ordnung
Abteilung für Ordnungsaufgaben und Gewerbewesen
Dr.-Pfleger-Straße 15
92637 Weiden

Posteingang:

Antrag auf Erteilung einer Ausnahmegenehmigung vom Alterserfordernis für das Schießen mit Schusswaffen auf Schießstätten

1 Antragsteller (Kind):

Name:	Vorname:
Straße und Hausnummer:	Postleitzahl und Wohnort:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	wohnhaft in Deutschland: <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> seit

2 Erziehungsberechtigte:

2.1 Kindsmutter bzw. weibliche Erziehungsberechtigte

<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	
Name:	Vorname:
Straße und Hausnummer:	Postleitzahl und Wohnort:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	wohnhaft in Deutschland: <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> seit

2.2 Kindsvater bzw. männlicher Erziehungsberechtigter

<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	
Name:	Vorname:
Straße und Hausnummer:	Postleitzahl und Wohnort:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	wohnhaft in Deutschland: <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> seit

3 beizulegende Unterlagen:

<input type="checkbox"/> Bescheinigung des Schießsportvereins über die schießsportliche Begabung
<input type="checkbox"/> ärztliche Bescheinigung über die geistige und körperliche Eignung zum Schießen mit Waffen
<input type="checkbox"/> ggf. Nachweis über das alleinige Sorgerecht (Beschluss des Familiengerichts)

4 Erklärung über Vollständigkeit und Richtigkeit gemachter Angaben:

Ort und Datum:	Unterschrift Kindsmutter bzw. weibliche Erziehungsberechtigte: _____
	Unterschrift Kindsvater bzw. männlicher Erziehungsberechtigter: _____

Wird von der Behörde ausgefüllt!**1 Erlaubnisvoraussetzungen:**

	überprüft am:	Namenszeichen:
Zuständigkeit:		
Lebensalter (Vollendung 10. Lebensjahr):		
schießsportliche Bescheinigung:		
ärztliche Bescheinigung:		
ggf. Sorgerechtsnachweis:		

2 Bearbeitungsvermerk:

	überprüft am:	Namenszeichen:
Gewährungsbescheid:		

3 Kosten:

Art der Gebühr:	Tarif-Nr. KVz:	Betrag (in €):	HHSt.:	HÜL-Nr.:
<input type="checkbox"/> Ausstellung	2.II.7/29	20,00	11000.10020	

3 Empfangsbestätigung:

Weiden i.d.OPf, _____	Unterschrift Empfänger (bei Übersendung PZU): _____	Unterschrift Sachbearbeiter/-in: i. A. _____
-----------------------	--	---