



**Epilepsieerklärung
zum Antrag auf Klassifizierung
für Para Sportschießen**

nach Teil 10 der Sportordnung (SpO) des Deutschen Schützenbundes e.V. (DSB)

Hiermit erkläre ich

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Verbandsnr: _____

dass ich nicht an Epilepsie leide

dass ich an Epilepsie leide, aber dass ich in den letzten 12 Monaten keine Anfälle erlitten habe

Ort, Datum

Unterschrift des Schützen/der Schützin

Ort, Datum

Unterschrift des Klassifizierers/der Klassifiziererin