

6. FLUHSCHIESSEN IN LAUFEN 24./25.Sep. & 1./2. Okt. 2005

Sektion: _____

Gruppenname: _____

Kategorie: A D J

Gruppenchef: _____

Tel. _____

Post/Bankkonto: _____

Gewünschte Schiesszeit: Datum: _____

Zeit: _____

Reservation Mittag-/Abendessen: Anzahl: Datum Zeit:

Lizenznummer	Name und Vorname	Jahrgang	Res.

Die aufgeführten Schützen sind Mitglieder unseres Vereins.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Absender:

Bitte
frankieren

**Schützengesellschaft der Stadt Laufen
6. Fluhschiessen
Postfach
4242 Laufen**