

# Nachweisbogen VA 5-1

Bitte vollständig und leserlich in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen!

Ort:

Verein/Pferdebetrieb:

Datum:

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	Geburtsdatum	VA-NR.	Siehe unten*	Mitglied im Verein (Pflicht)	Teilnoten Voltigieren in Reihenfolge gem. APO								Stationsprüfung	<input type="checkbox"/> Note nur VA 1+2	Bestanden
Straße, PLZ, Wohnort	e-Mail-Adresse														
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein

Richter/Prüfer: Name (in Druckbuchstaben) und Unterschrift

**Der Veranstalter bestätigt durch die Unterschrift die Richtigkeit der Personenangaben**

(PF=Pferdeführerschein / BP bis 31.12.2019)

Richter/Prüfer: Name (in Druckbuchstaben) und Unterschrift

Name (in Druckbuchstaben) und Unterschrift

\* VA 5; Besitz des PF Umgang/BP oder RA 7+6 oder FA 7+6

\* VA 3: mind. 3 Monate im Besitz des VA 4

\*VA 4; Besitz des PF Umgang/BP oder der RA 7+6 oder FA 7+6 oder VA 5

\* VA 2: mind. 3 Monate im Besitz des VA 3

\*VA 1: mind. 3 Monate im Besitz des VA 2