# VDH Qualifikation zur FCI WM Obedience 2017

## M e l d e s c h e i n

1. Qualifikationswettkampf: 20.11.2016 VdH Knittlingen, dhv
2. Qualifikationswettkampf: 19.02.2017 Agility Park Mendig, SV
3. Qualifikationswettkampf: 09.04.2017

| **Angaben zum Hund (Daten aus der Leistungskarte)** | | **Angaben Wettkampfteilnehmer** | |
|---|---|---|---|
| Name: | | Name: | |
| Rasse: | | Anschrift: | |
| Geschlecht Rüde ☐ | Hündin ☐ | Mitglds-Verein: | Verband: |
| Wurfdatum: | Größe: cm | Mitglds-Nr.: | Tel.-Nr.: |
| Impftierarzt: | | E-Mail: | Geb. Datum: |
| Tollwutimpfung gültig bis/Datum: | | **Falls abweichend vom Wettkampfteilnehmer** | |
| Tät.-Nr.: | | Hundeeigentümer/Name: | |
| Chip-Nr.: | | Anschrift: | |
| Zuchtbuch-Nr.: | | Mitglds-Verein: | |
| Leistungsbuch-Nr.: | | Verband/Mitglds-Nr.: | |

### Obedience-Prüfungsnachweis

| Datum | Prüfungsort | Leistungsklasse | Punkte | Werturteil | Leistungsrichter | Verband |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | Mittelwert obiger Qualifikationsergebnisse | | | | |

Für die von Ihrem Verein ausgeschriebene Obedience-Prüfung melde ich mich an. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an den Wettkämpfen ohne gültige Tollwutschutzimpfung des Hundes nicht erlaubt ist und dass die Teilnahme auf eigene Rechung und Gefahr erfolgt. Der Hund ist haftpflichtversichert und soweit von einer Landeshundeverordnung betroffen, liegt eine Haltererlaubnis vor.

Datum, Ort Unterschrift Wettkampfteilnehmer

**Bescheinigung des Erziehungsberechtigten im Falle von jugendlichen Teilnehmern:**
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter an den diesjährigen VDH Qualifikation zur FCI WM teilnimmt.
Ich erkläre, dass ich für alle evtl. auftretenden Schäden, die durch meinen Sohn / meine Tochter verursacht werden, als Gesamtschuldner hafte.
Mir ist bekannt, dass mir die Aufsichtspflicht während der Veranstalt obliegt bzw., dass ich diese einer anderen natürlichen Person übertragen kann.
Ich stimme evtl. notwendig werdenden Maßnahmen zur Lebensrettung sowie Operationen, die das Leben erhalten helfen zu.

Kontaktperson für den Notfall
Vor- und Zuname: Telefon:
Strasse, Nr:: PLZ/Ort:

Ich versichere, volle elterliche Gewalt über meinen Sohn / meine Tochter zu haben. Vorgenanntes habe ich zur Kenntnis genommen und bestätige die Angaben durch meine Unterschrift.

Datum, Ort Unterschrift Erziehungsberechtigter