



St. Gallischer Kantonalschützen-Verband

Bezirk: _____

Matchschiesen Pistole

50	25	10
A	B	C

Name des Schützen: _____

Jahrgang: _____

Genauere Adresse: _____

Datum: _____ 20 _____

Matchtag	Ja:	Nein:
-----------------	------------	--------------

Präzision:

Schnellfeuer:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	Unterschrift des Wamers:

Gesamt-
Total

Der Schütze:



Der Kontrolleur:



Druck Center Oberriet
ImagePrint.ch Tel. 071 760 05 60