



Avgift á 750:- hamnar i er varukorg. Alternativt kommer meddelande om inbet på bg 5567-5037.

Box 10, 651 02 KARLSTAD
Telefon: 010-476 47 50, mail: hockey@ihvarmland.se

Dispens flickspelare yngre än U15 för spel i seniorhockey, dam

A. SPELARENS UPPGIFTER

_____		<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"/>
NAMN (TEXTAT)		PERSONNUMMER
_____	_____	_____
LÄNGD	VIKT	POSITION (MÅLVAKT/UTESPELARE)
_____	_____	/ 20
SPELARENS UNDERSKRIFT		DATUM

B. FÖRENINGENS UPPGIFTER

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> -22	_____
FÖRENINGENS FÖRENINGSNUMMER	FÖRENINGENS NAMN
_____	/ 20
DIVISION OCH SERIE	DATUM
_____	_____
FÖRENINGENS UNDERSKRIFT	NAMNFÖRTYDLIGANDE

C. MÅLSMANS UNDERSKRIFT

_____	/ 20
	DATUM
_____	_____
MÅLSMANS UNDERSKRIFT	MÅLSMANS UNDERSKRIFT

D. REGIONENS NOTERINGAR

_____	/ 20	_____	/ 20
ANMÄLAN INKOM		GÄLLER FRÅN	
_____	_____	_____	_____
REGIONENS HANDLÄGGARE		NAMNFÖRTYDLIGANDE	