



ANSÖKAN DISPENS ÖVERÅRIGA SPELARE SKÅNE

Förening: _____ Kontaktperson: _____

Spelare: _____ Personnummer: _____

Säsong: _____/_____

För spel i föreningens _____ lag Tjejspelare för spel i föreningens _____ lag _____
(Tjejspelare gäller särskilda bestämmelser)

Motivering/ övrig information: _____

Underskrift av ungdomsansvarig i föreningen

Underskrift av spelarens vårdnadshavare

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Dispensavgift 500 :-

Observera att dispensen **gäller ej** i Skånes Ishockeyförbunds distriktsmästerskaptävlingar
Beslutet **skall** medtagas vid match och uppvisas vid behov, i annat fall riskerar spelaren att ej
medverka i matchen.

Ansökningar mailas till dispens@skanehockey.se senast onsdagar kl 15 för behandling samma
vecka.

Skånes Ishockeyförbunds tävlingskommitté noteringar:

Beslutsnummer: _____

Bifalles

Avslages

Malmö den: ____/____/20____

Handläggare: _____

Villkor: