



ANSÖKAN DISPENS ÖVERÅRIGA SPELARE SKÅNE

Dispens ankom: _____/_____/20____

Förening: _____ Kontaktperson: _____

Namn: _____ Personnummer: _____

Säsong: _____/_____

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

Motivering: _____

Underskrift av ungdomsansvarig i föreningen

Underskrift av spelaren

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Dispensavgift 300 :-

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

Skånes Ishockeyförbunds tävlingskommitté noteringar:

Beslutsnummer: _____

Bifalles ☐

Avslages ☐

Malmö den: ____/____/20____

Handläggare: _____