

Registering av spelare

Spelarens namn: _____

Personnummer (10 siffror): _____

Adress: _____

Postnr och Ort. _____

Vårdnadshavare nr.1 Namn: _____

Vårdnadshavare nr.1 Mobil: _____

Vårdnadshavare nr.1 E-post: _____

Vårdnadshavare nr.2 Namn: _____

Vårdnadshavare nr.2 Mobil: _____

Vårdnadshavare nr.2: E-Post: _____

Hälsouppgifter: (Spelarens)

T-ex allergi, astma, diabetes eller annan sjukdom

Vi godkänner att mitt barn fotograferas och att bilderna publiceras på Laget.se och Skurups AIF:s sociala medier: (Ringa in svaret nedan).

JA

NEJ

