

**Deltagare med någon form av MATALLERGI**

**Denna blankett ska skickas tillbaka komplett ifylld senast**

**måndag 3 sep, skickas till** **gik.juniorcup@gmail.com**

**Klubb:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn spelare/ledare** | **Allergi** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |