**MEDLEMSUPPGIFTER SÄSONGEN 2025/2026**

**Spelare**

Namn (Förnamn + Efternamn):

Personnummer 10 siffror:

Adress:

Får barnet fotograferas och synas på EHFs sociala medier JA NEJ

*Ringa in önskat svarsalternativ*

Annan viktig information tex svår allergi, diabetes, svårigheter mm

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vårdnadshavare/Förälder 1**

Namn:

Mobil:

Mail:

Kan du tänka dig ställa upp som hjälpledare vid behov JA NEJ

*Ringa in önskat svarsalternativ*

**Vårdnadshavare/Förälder 2**

Namn:

Mobil:

Mail:

Kan du tänka dig ställa upp som hjälpledare vid behov JA NEJ

*Ringa in önskat svarsalternativ*