**Spelaruppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| Lag |  |
| Namn |  |
| Personnummer |  |
| Adress |  |
|  |  |
| Vårdnadshavare 1 |  |
| Personnummer |  |
| Adress |  |
| Telefonnummer |  |
| Mailadress |  |
|  |  |
| Vårdnadshavare 2 |  |
| Personnummer |  |
| Adress |  |
| Telefonnummer |  |
| Mailadress |  |
|  |  |
| Annan viktig info  ex allergier, sjukdom |  |
| Får vara med på bilder? | JA\_\_\_\_ NEJ\_\_\_\_ |
| Får åka med i annan bil? | JA\_\_\_\_ NEJ\_\_\_\_ |

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

Vårdnadshavares underskrifter

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

Ort, datum