**ÖVERGÅNGSANMÄLAN – SPELARENS GODKÄNNANDE**

Vänligen notera att övergång avseende spelare under 18 år även kräver vårdnadshavares godkännande (i förekommande fall båda vårdnadshavares).

**ÖVERGÅNG AVSEENDE SPELAREN**

Tilltalsnamn:

Efternamn: Personnummer:

**GODKÄNNANDET AVSER ÖVERGÅNG** (Ange föreningsnamn & nummer)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **-** | **15** |

Från förening:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **-** | **15** |

Till förening:

**ÖVERGÅNGSTID**

(Endast ett alternativ ifylles)

|  |
| --- |
|  |

En vecka:

|  |
| --- |
|  |

Frimånad:

Bestämt datum: / 20 (OBS! Angivet datum kan aldrig understiga en vecka)

**OVANSTÅENDE ÖVERGÅNGSANMÄLAN GODKÄNNES**

/  20

Spelarens underskrift Datum

Vårdnadshavares underskrift Namnförtydligande

Godkännandet ska förvaras hos föreningen och, vid anmodan, omgående kunna uppvisas för Svenska Fotbollförbundet.