Ansökan om särskild åldersdispens.

HÄLSINGLANDS FOTBOLLFÖRBUND

Föreningens namn: ……..

Särskild åldersdispens kan sökas för fler överåriga än de generella. (beslutas av Tävlingskommittén)

Skäl till ansökan:

Önskad åldersklass: ……..

Administrationsavgift: 100 kr som faktureras i efterhand.
Överklagan av beslut görs till styrelsen inom 14 dagar från den dag beslutet meddelats

Ort …… **Datum** ……/…….. **år** 20……

Underskrift av behörig Firmatecknare

Ansökan insändes till:
Hälsinglands Fotbollförbund
Box 325
826 27 Söderhamn

. . . . . .

Beslut ***Bifall*** ☐ ***Avslag*** ☐

Datum *……/…….. **år** 20……* ***Underskrift*** ……

Lägg in lagets trupp, samtliga spelare med namn och födelsedata (år, månad)

Namn	år, mån	Namn	år, mån