



Ifylles av GFF

Ansökningsdatum:/..... 20.....

Beslutsdatum:/..... 20.....

Dispensbeslutsnummer:.....

DISPENSANSÖKAN

För Ungdomsserierna i Gestrikland

OBS: Fullständigt ifylld ansökan insändes till Pär Törnblom, Karlavägen 40, 811 36 Sandviken. Bifoga spelartrupp med Er ansökan. Beslut som inte följs kommer att beivras med ev. förlorade poäng samt indragning av dispens/dispenser. Ange motiv till ansökan på bilaga!

VG. Texta!

Sökande förening: _____ Avser serie: _____

Fullständig adress: _____

Ansvarig ledare: _____

Spelarens namn: _____ Personnummer: _____

Beslut: Sökande förening har beviljats dispens för: 1 st överårig spelare på plan samtidigt

2 st överåriga spelare på plan samtidigt

Annat beslut: _____

För föreningen: _____

GFF:s Beslut Bifall Avslag

Ort: _____ Datum: _____

Ort: _____ Datum: _____

Underskrift ansvarig ledare

Med fotbollshälsningar
GESTRIKLANDS FOTBOLLFÖRBUND

Namnförtydligande

Pär Törnblom