**Dispensansökan för deltagande i Kalles Kaviar Cup 2024**

**Ansökan skickas via e-post till** **kallecupen@telia.com** **senast 31 maj 2024**

**Lagnamn:** **Åldersklass:**

1. **Spelarens namn:**

**Spelarens personnummer:** ÅÅMMDD-NNNN

**Dispensskäl**: (sociala, medicinska eller övriga)

1. **Spelarens namn:**

**Spelarens personnummer:** ÅÅMMDD-NNNN

**Dispensskäl**: (sociala, medicinska eller övriga)

Ansvarig ledare:

Telefon: E-post:

Namn:

Ort: Datum:

**Dispensen godkänd av tävlingsledningen för Kalles Kaviar Cup**

Namn:

Ort: Datum: