

KONTAKTUPPGIFTER



FYLL I OCH RETURNERA BLANKETTEN ÅT LAGLEDAREN!

SPELARE

NAMN: _____

FÖDELSESIGNUM: _____

TELEFONNR: _____

MOBILTEL: _____

E-POST: _____

ADRESS: _____

POSTNR: _____ POSTADRESS: _____

KOMMUN: _____

ALLERGIER ELLER DYLIKT: _____

ÖVRIGT: _____

VÅRDNADSHAVARE

NAMN: _____

FÖDELSEÅR: _____

E-POST: _____

TELEFONNR: _____

MOBILTEL: _____

VÅRDNADSHAVARE

NAMN: _____

FÖDELSEÅR: _____

E-POST: _____

TELEFONNR: _____

MOBILTEL: _____