



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