



**HOCKEYPROFFSENS STIFTELSE
FÖR BARN OCH UNGDOM**

Sökande

Namn: Personnummer:

Förälder/vårdnadshavare:.....

Adress:.....

Telefon:.....

Handikapp/sjukdom

Det krävs även utlåtande av behandlande läkare (inkl tfn/e-mail/adress). Separata specialistintyg och andra relevanta referenser välkomnas även.

.....
.....

Syfte

Ändamål för vilket bidrag söks:

.....
.....
.....

Sökt belopp: Totalkostnad:Egen insats :.....

Har du för samma ändamål fått bidrag från annat håll? Ja Nej

Varifrån, och vilket belopp?

Har du sökt bidrag från annat håll? Ja Nej

Varifrån och vilket belopp?
.....

Datum:.....

Underskrift av förälder/vårdnadshavare: