

ANSÖKAN
HOCKEYPROFFSENS STIFTELSE
FÖR BARN OCH UNGDOM



SÖKANDE

NAMN: _____ PERSONNUMMER: _____

FÖRÄLDER/VÅRDNADSHAVRE: _____

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: _____