



## 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? \_\_\_\_\_

*När du fyllt i alla fält Skriv ut ansökan, skriv under och skicka in.*

Datum: \_\_\_\_\_ Underskrift av förälder/vårdnadshavare: \_\_\_\_\_