



DISPENSÖVERGÅNGSANMÄLAN

för ungdomsspelare till och med 14 år

OBS! Max en dispensövergång per spelare och speltermin beviljas. (RB 1 kap 5 §)

Box 1349, 171 26 SOLNA

1 Spelarens namn

Tilltalsnamn
Efternamn
Födelsenummer (år, mån, dag)

2 Ifylles av moderföreningen

Moderföreningens namn
Moderföreningens e-post
Dispensövergångsanmälan mottagen den / 202.....
Ordförande/sekreterare/firmatecknare
Namnförtydligande samt funktion

3 Ifylles av den nya föreningen

Nya föreningens namn
Nya föreningens e-post (Hit kommer beslutet att skickas)
Anmälan till vår förening godkänd / 202.....
Ordförande/sekreterare/firmatecknare
Namnförtydligande samt funktion

4 Ifylles av Stockholms Fotbollförbund

Ankomstdatum	Beslutsdatum: Spelklardatum för nya föreningen / 202.....
	Avslås <input type="checkbox"/> Motivering: _____
	Beviljas <input type="checkbox"/>
	Handläggare:

Beslutet kan överklagas till StFF:s besvärskommitté. Överklagande skall inkomma senast 2 veckor efter beslutsdatum och vara undertecknad av behörig person i föreningen.

Dispensövergången skickas in till Tävlingsavdelningen e-post: seniorfotboll@stff.se