



Medgivande blankett för föräldrar till minderåriga i Skellefteå AIK Hockey.

Jag godtycker att min son/dotter bedöms och ev. behandlas av AIK:s medicinska team. Likaså att han/hon genomgår fysiska tester som ingår i AIK:s verksamhet och utförs av ledare/tränare.

Namn på minderårig: _____

Person nummer : _____

Namn på målsman: _____

Datum:

Underskrift målsman