



SMMAF

SWEDISH MIXED MARTIAL ARTS FEDERATION

Medgivande av vårdnadshavare.

Som vårdnadshavare ger jag mitt samtycke att nedanstående idrottare:

- får delta i SMMAF:s arrangerade tävling, samt
 - genomför en läkarundersökning
- enligt SMMAF regelverk MMA Klass-C

Namn på underårig idrottare: _____

Personnummer: _____

Medlem i förening: _____

Underskrift:

Ort	Datum	
Vårdnadshavares namnteckning	Namnförtydligande	Telefonnummer

Observera!

För att anmälan till tävlingen ska gälla, ska:

- dokumentet skrivas ut,
- skrivas under fullständigt,
- fotograferas/skannas, samt
- laddas upp i idrottarens profil

i samband med anmälningen till tävlingen.

Ovanstående uppgifter kommer endast att behandlas av SMMAF, enbart för aktuell tävling och raderas ut efter det att tävlingen är genomförd.