



HÄLSODEKLARATION

Avsett för ansökan om ponnyryttarlicens för deltagande i ponnygalopptävlingar

Frågor att besvaras av sökanden eller målsman om denne ej är myndig

Efternamn och tilltalsnamn:

Personnummer:

Har du eller har haft:

Ja Nej

Hjärtsjukdom eller liknande problem?

Lungsjukdom, astma eller svår allergi?

Diabetes, äggvita eller socker i urinen?

Besvär från leder eller muskler?

Epilepsi, kramper, yrsel, svimning eller annan nervsjukdom?

Annan långvarig eller allvarlig sjukdom? Om ja, när? vilken?

Tar du någon medicin regelbundet? Om ja, vilken och varför?

Har du råkat ut för svårare kroppsskada i samband med olycka?

Om du svarar ja på denna fråga, när? vad?

Härmed intygas att samtliga uppgifter i denna hälsodeklARATION är fullständiga och sanningsenliga. Om sökanden inte är myndig intygas även att denne har målsmans tillstånd att delta i ponnygalopplöpningar

_____ den ____ / ____ 20____

Sökandens underskrift eller målsmans
om denne ej är myndig

Namnförtydligande av namnteckning

"Ponnygalopp"
Svensk Galopp AB
Ungdom Bro Park
Önsta Allé 1 197 93 BRO

Org nr: 556087-5063
Tel: 08-466 86 85
Bankgiro: 625-7034
www.svenskgalopp.se/ungdom