

# Ansökan om AMATÖRRYTARLICENS

Undertecknad ansöker om **Amatör**ryttarlicens för år 20\_\_\_\_\_

Efternamn	Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)
Samtliga förnamn (tilltalsnamnet understruket)	
Gatuadress	Postnummer och Ort
Telefon mobil	Telefon bostad
E-post adress (skriv tydligt)	

Min lägsta ridvikt: \_\_\_\_\_ kg.

- Jag har inte haft någon licens tidigare
- Jag har enbart haft licens i Sverige tidigare
- Jag har haft ryttarlicens i följande länder:

\_\_\_\_\_ under perioden: \_\_\_\_\_ typ av licens: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ under perioden: \_\_\_\_\_ typ av licens: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ under perioden: \_\_\_\_\_ typ av licens: \_\_\_\_\_

Jag har totalt vunnit: \_\_\_\_\_ lopp och ridit: \_\_\_\_\_ lopp

- Jag har sjukvårdsförsäkring via Försäkringskassan / Jag har EU sjukvårdskort.
- Jag har tecknat en sjukvårdsförsäkring i \_\_\_\_\_ (land alt försäkringsbolag)

*Jag har tagit del av Registrerings- och Licensreglementet (RegRG), Tävlingsreglementet (RG) samt Allmänna Bestämmelser (AB) i tillämpliga delar och förstår att jag som innehavare av licens är underkastad de av Svensk Galopp utfärdade bestämmelserna. Jag intygar härmed att ovanstående uppgifter är riktiga och är införstådd med att jag kan dömas till böter enligt 7 kap 4 § RegRG om jag lämnar osann uppgift eller förtiger sanningen. Jag är medveten om att det inte ingår en olycksfallsförsäkring i min licens.*

Ort och datum	Vårdnadshavares Namnförtydligande
Namnsteckning	Vårdnadshavares Namnteckning
Namnförtydligande	Vårdnadshavares Personnummer
	Vårdnadshavares Adress
	Vårdnadshavares Telefonnummer
	Vårdnadshavares E-post