



## Återauktorisering av Tävlingssekreterare

### PRAKTIKTJÄNSTGÖRING

Namn: \_\_\_\_\_

Lokalklubb: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil telefon: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

### PRAKTISKT PROV

Plats: \_\_\_\_\_

Grupp: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Insändes efter fullgjorda prov till distriktets tävlingssektor tillsammans med **gamla Certifikat för tävlingssekreterare. (Kopia)** Skickas till lokalklubbens tävlingssektor:

Lars Hellman  
Lönashultsvägen 24  
342 53 Lönashult  
[tavling@sbksmaland.se](mailto:tavling@sbksmaland.se)

\_\_\_\_\_  
Datum & Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande