



# Anmälan till delprov 1

Aktivitetsnr

**HUNDEN:**

SKK reg-nr		ID-nr / Chip-nr	
Hundens fullständiga namn		Hundens tilltalsnamn	
Födelsedatum	Ras	Kön	

Genomfört MH/BPH Provet genomfört med godkänt skottprov	Datum	Plats			
Genomfört godkänd Off. lydnad. Startklass, Appell, IPO-r V.	Datum	Plats			
Genomfört röntgen HD/ED HD A eller B ED 0 HD C och ED 1 kan i vissa fall accepteras.	Datum	HD	ED		
Arbetsgivarintyg för kurs har uppvisats	Datum	Plats			
Hunden är ej medicinberoende	Datum	Ja för medicin Vilken sort		Nej åter inte	

Instruktören intygar uppgifterna \_\_\_\_\_ Namnförtydligande \_\_\_\_\_

**FÖRAREN:**

Namn		Personnr		SBK medlemsnr	
Adress		E-post			
Postnr	Postadress	Tel		Mobil	

**Anmälan till delprov 1**

Datum, plats	Underskrift deltagare
--------------	-----------------------

Anmälan skickas till provarrangören i god tid före provet.

Kopia av denna anmälan skall bifogas redovisningen av provet, som insändes till SBK Tjänstehundsavdelning, Box 4, 123 21 Farsta inom 10 dagar

RADERA BLANKETT