**Handball-Gemeinschaft**
**REGION FÖRDE**

**Antrag auf Spielverlegung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Antragsteller:** |  |
| Spielklasse: |  | Spiel-Nr.: |  |  |
| Begegnung: |  |
| Datum / Zeit / Halle | alt: |  |
|  | neu: |  |
| Begründung:  |  |
|  |
| Unterschrift: |  |
|  |
| **Spielgegner:** |  |  |  |  |
| Wir stimmen der Spielverlegung zu. |
| Unterschrift: |  |
|  |
| **Schiedsrichter stellender Verein:** |
| Stellungnahme erforderlich, falls das Spiel wochentags außerhalb von 18:00 – 20:30 Uhr terminiert wird. |
| Wir können einen / keinen Schiedsrichter stellen. |
| Unterschrift: |  |

Eingang Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_