

Minderårigas uppgifter

Namn	Personbeteckning
------	------------------

Tillstånd

Jag ger mitt samtycke till att mitt minderåriga barn kan beviljas ett:				
Pass	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Identitetskort	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Skjutvapentillstånd	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Sprängämnesprekursor	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Vårdnadshavarnas underskrifter

Namn	Personbeteckning
Datum, ort och underskrift	
Namn	Personbeteckning
Datum, ort och underskrift	

Fyll noggrant i blanketten. Ofullständiga uppgifter fördröjer ärendets handläggning.