

**Tillfällig övernattning inom Härnösand, Kramfors och Sollefteå kommun:**

Datum:

Skola/Byggnad:

Sal/Salar:

Brandansvarig på plats:

Namn:

Mobilnummer:

Antal sovande:

Ålder på sovande:

Förening som hyr:

Hemstad till förening:

Övrig information:

**Skickas in till** **inrebefal@hka.se** **senast 7 dagar innan övernattningen.**