



## ÅTERTAGANDE AV SAMTYCKE

Barnets/ungdomens namn: \_\_\_\_\_

Barnets/ungdomens personbeteckning: \_\_\_\_\_

Jag återtar det samtycke jag tidigare har gett till att följande verksamheter samarbetar och delar information:

Barnomsorg

Skola

Hälso- och sjukvård

Socialvård

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Underskrift  
(Person över 18 år/Vårdnadshavare 1):

Underskrift  
(Vårdnadshavare 2):

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande:

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande:

Det här dokumentet sparas i akt eller journal hos de verksamheter som berörs av samarbetet.