



## SAMTYCKE TILL SAMARBETE MELLAN VERKSAMHETER

Barnets/ungdomens namn:

\_\_\_\_\_

Barnets/ungdomens personbeteckning:

\_\_\_\_\_

Jag samtycker till att följande verksamheter samarbetar och delar sådan sekretessbelagd information som behövs för att kunna ge mitt barn eller mig så bra stöd och hjälp som möjligt:

Namn på verksamheten/kontaktperson:

<input type="checkbox"/>	Barnomsorg	_____
<input type="checkbox"/>	Skola	_____
<input type="checkbox"/>	Hälso- och sjukvård	_____
<input type="checkbox"/>	Socialvård	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____

Eventuell beskrivning av samtycket:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Samtycket gäller tillsvidare.

t.o.m. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Jag har lämnat samtycket frivilligt, och jag vet att jag kan ta tillbaka samtycket när som helst.

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.