|  |  |
| --- | --- |
| SAMTYKKE TIL Å GI INFORMASJON | |
| BARNETS ETTERNAVN, FORNAVN:  [tekst] | |
| FØDSELSDATO:  [tekst] | |
| Jeg samtykker at [tekst] tar kontakt med de instanser jeg her gir tillatelse til, for at mitt barn kan få nødvendig oppfølgning/henvisning i forbindelse med [tekst] | |
| JEG TILLATER AT FØLGENDE INFORMASJON KAN GIS:  Alt som anses nødvendig  Begrenset informasjon. Følgende kan informeres om: [tekst] | |
| SETT KRYSS VED HVILKE INSTANSER SOM KAN KONTAKTES:  Barnehagen  Skolen  Pedagogisk psykologisk tjeneste  Helsestasjon/skolehelsetjenesten  Barneverntjenesten  Barne- og ungdomspsykiatri  Andre: [tekst] | |
| Dette samtykket gjelder frem til [xx.xx.xxxx] , eller til jeg trekker samtykket tilbake.  Jeg/vi samtykker ikke til at det utveksles informasjon om mitt barn/meg. | |
| Dato: [XX.XX.XXX]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Foresatt | Dato: [XX.XX.XXX]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Foresatt |
| Samtykket er underskrevet i nærvær av: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | |