|  |
| --- |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |