

Samtykkeerklæring Konsultativt forløb

(Gældende 1 år fra d.d.)

Undertegnede:

Navn (mor)		telefon	
Adresse			
Navn (far)		Telefon	
Adresse			
Forælder til (barnets navn)			
Cpr.nr		Adresse	

Forældremyndighed Mor Far Fælles Værgе

- giver samtykke til at (navn på institution og leder):

- må inddrage og samarbejde med følgende fagprofessionelle (sæt kryds):

Psykologenheden/PPR
 Sundhedsplejen
 Behandlende sygehus
 Tale-høre konsulent
 Fysioterapeut

Skole/børnehave/dagpleje
 Egen læge/speciallæge/psykiatri
 Tidligere PPR
 Socialrådgiver
 Andre. Hvilke?

Navn: _____

Navn: _____

- om forhold som vedrører:

Underskrifter:

_____ Dato: _____
 (forældremyndighed)

_____ Dato: _____
 (forældremyndighed)

_____ Dato: _____
 (hvis barnet/den unge er over 15 år)

_____ Dato: _____
 (institutionsleder)