

BEGÄRAN OM UPPGIFTER/UTLÄMNANDE AV UPPGIFTER

1 ELEVEN	Elevens efternamn och förnamn	Födelsedatum (dd.mm.åååå)
	Nuvarande skola	Nuvarande årskurs
2 VÅRDNADS- HAVARE	Vårdnadshavarens efternamn och förnamn	Telefonnummer
	Vårdnadshavarens efternamn och förnamn	Telefonnummer
3 UPPGIFTERNA BEGÄRS AV/ LÄMNAS UT AV	<input type="checkbox"/> Skolkurator: _____ <input type="checkbox"/> Skolpsykolog: _____	
4 BEGÄRAN OM UPPGIFTER/ UTLÄMNANDE AV UPPGIFTER	BEGÄRAN ON UPPGIFTER från följande platser/personer: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nuvarande/blivande skola <input type="checkbox"/> Skolhälsovård <input type="checkbox"/> Dagvård/förskola <input type="checkbox"/> Rådgivning (hälsovårdare och läkare) <input type="checkbox"/> Skol- eller hälsocentralläkare <input type="checkbox"/> Talterapi <input type="checkbox"/> Ergoterapi <input type="checkbox"/> Familjerådgivning <input type="checkbox"/> Barn- och ungdomssjukhuset <input type="checkbox"/> Barnpsykiatriska polikliniken <input type="checkbox"/> Ungdomspsykiatriska polikliniken <input type="checkbox"/> Psykiatrisk sjukskötare <input type="checkbox"/> Neuropsykolog: _____ <input type="checkbox"/> Barnneurolog: _____ <input type="checkbox"/> Annan: _____ 	UTLÄMNANDE AV UPPGIFTER till följande platser/personer: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nuvarande/blivande skola <input type="checkbox"/> Skolhälsovård <input type="checkbox"/> Dagvård/förskola <input type="checkbox"/> Rådgivning (hälsovårdare och läkare) <input type="checkbox"/> Skol- eller hälsocentralläkare <input type="checkbox"/> Talterapi <input type="checkbox"/> Ergoterapi <input type="checkbox"/> Familjerådgivning <input type="checkbox"/> Barn- och ungdomssjukhuset <input type="checkbox"/> Barnpsykiatriska polikliniken <input type="checkbox"/> Ungdomspsykiatriska polikliniken <input type="checkbox"/> Psykiatriska sjukskötare <input type="checkbox"/> Neuropsykolog: _____ <input type="checkbox"/> Barnneurolog: _____ <input type="checkbox"/> Annan: _____
Detta samtycke kan när som helst återkallas skriftligt.		



5 UNDERSKRIFT OCH DATUM	Vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande	Datum (dd.mm.åååå)
	Vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande	Datum (dd.mm.åååå)

