

**SAMTYCKE TILL BEHANDLING AV ÄRENDE  
I INDIVIDUELL ELEVVÅRDSGRUPP**

<b>1 ELEVEN</b>	Elevens efternamn och förnamn	Födelsedatum (dd.mm.åååå)
	Nuvarande förskoleenhet/skola	Nuvarande årskurs
<b>2 VÅRDNADS- HAVARE</b>	Vårdnadshavarens efternamn och förnamn	Telefonnummer
	Vårdnadshavarens efternamn och förnamn	Telefonnummer
<b>3 SAMTYCKE</b>	<input type="checkbox"/> Samtycke till att mitt/mitt barns ärende behandlas av elevvårdens yrkesövergripande team  Mötesdatum: ..... . ..... . .....	
<b>4 MÖTESDELTAGARE</b>	Personer som deltar i mötet samt deras tjänsteställning:	
<b>5 UNDERSKRIFT OCH DATUM</b>	Vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande	Datum (dd.mm.åååå)
	Vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande	Datum (dd.mm.åååå)
	Elevens underskrift och namnförtydligande	Datum (dd.mm.åååå)
<b>6 TILLÄGGSUPP- GIFTER</b>	Tilläggsuppgifter vid behov:	

