



**SAMTYKKEBLANKET
TIL INDHENTNING AF SAMTYKKE FRA FORÆLDRE OG DEN UNGE OVER 15 ÅR.**

Undertegnede:

Navn (Forældremyndighedsindehaver)	CPR
------------------------------------	-----

Giver samtykke vedr.

Navn	CPR
------	-----

Giver hermed tilladelse til, at nedenstående medarbejdere kan udveksle private og andre fortrolige oplysninger om mig og mit barn, som er nødvendige for at vurdere mit barns behov for støtte. Kun de medarbejdere der er markeret er omfattet af samtykket.

Formålet med at dele oplysningerne er at give den bedst mulige støtte til dit barn. Kun informationer, der er af betydning for at kunne give denne støtte, deles mellem medarbejderne.

Sæt kryds ved relevante medarbejdere i nedenstående skema

	Skole/daginstitution:
	Sundhedsplejen:
	Tværfagligt Center for Børn og Unge:
	Kommunal sagsbehandler/ Familierådgivningen:
	Kommunal sagsbehandler/ Handicaprådgivningen:
	SSP
	Andre:

Underskrift – den unge skal også give samtykke med underskrift, hvis pågældende er fyldt 15 år

Dato og underskrift
Dato og underskrift

Når samtykkeerklæringen er udfyldt og underskrevet, får du en kopi til eget brug

Samtykket gælder 1 år fra din underskrift. Du kan til hver en tid trække samtykket tilbage ved at henvende dig til den instans, der har indhentet samtykket.