

Samtyckesblankett

SIP Barnets Plan Västerbotten

VÅRDNADSHAVARE 1

Namn
Personnummer
Telefonnummer

Jag är ensam vårdnadshavare.

VÅRDNADSHAVARE 2

Namn
Personnummer
Telefonnummer

BARNET

Barnets namn
Barnets personnummer
Barnets hälsocentral/sjukstuga
Barnets förskola/skola

MYNDIGHET/VERKSAMHET SOM BEGÄR IN SAMTYCKET

--

SAMTYCKE

Härmed ger jag mitt tillstånd till att frågande verksamhet utan hinder av sekretess får prata med och dela information med de verksamheter som deltar i SIP Barnets plan, för att kunna samverka för mitt barns och min familjs bästa. Jag kan när som helst återkalla mitt samtycke genom att kontakta den verksamhet som har inhämtat samtycket. Samtycket upphör automatiskt att gälla när samverkande insatser avslutas. Samtycket gäller som längst ett (1 år) från nedanstående datum.	
Namnteckning, vårdnadshavare 1	Ort och datum
Namnteckning, vårdnadshavare 2	Ort och datum
Namnteckning, berörd ungdom	Ort och datum

SAMTYCKE INHÄMTAT AV

Namn	Titel/funktion
Telefonnummer	E-post



Information om SIP Barnets plan

SIP Barnets plan är ett samarbete mellan hälso- och sjukvård, förskola/skola och socialtjänst i Västerbotten. Målet är att med gemensamma krafter snabbt ge bästa möjliga stöd för barn och familjer som under en period i livet behöver det. Alla barn har rätt att utvecklas och må så bra som möjligt både i skolan, på fritiden och hemma.

Information om samtycket

För att kunna samarbeta på detta sätt behöver vi ditt godkännande att dela information om dig och din familj.

Genom att fylla i och skriva under den här blanketten ger du den verksamhet som efterfrågar ditt samtycke, rätt att dela information om din (berörd ungdom)/ditt barns (vårdnadshavare) fysiska och psykiska hälsa, utveckling och lärande samt sociala situation, och som behövs för att verksamheterna ska kunna stötta dig/ditt barn och din familj på bästa sätt.