

**Det rådgivende team**

Gåskærgade 26  
6100 Haderslev  
tlf. 74 34 11 00

[www.haderslev.dk](http://www.haderslev.dk)

## Samtykkeerklæring

### Undertegnede

Navn (forælder 1): \_\_\_\_\_ Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Navn (forælder 2): \_\_\_\_\_ Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Forældremyndighed      forælder 1       forælder 2       fælles

### Barnet

Navn: \_\_\_\_\_ Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Giver samtykke til at, der må udveksles oplysninger med (sæt kryds) :

(Oplysningerne kan gå begge veje)

- Det rådgivende team
- Dagtilbud/skole
- Egen læge/speciallæge/behandlende sygehus
- Plejeforældre
- PPR i tidligere kommune (skriv hvilken kommune):
- Familierådgivningen: (skriv hvilken kommune):
- Familiehuset, Haderslev kommune
- Sundhedsplejen, Haderslev kommune
- Handicap og Psykiatri, Haderslev kommune
- Andre (skriv hvem): \_\_\_\_\_

**Aftale om hvilke oplysninger, der må udveksles (sæt kryds) :**

(Oplysningerne kan gå begge veje)

- Tale / Sprog
- Hørelse
- Syn
- Bevægelse/motorik
- Udvikling generelt
- Opmærksomhed/koncentration
- Sociale/følelsesmæssige vanskeligheder
- Adfærd/kontakt/trivsel
- Faglige vanskeligheder
- Skolestart
- Tosprog
- Andet

**Aftale om hvilket formål oplysningerne må videregives til:**

(Oplysningerne kan gå begge veje)

F.eks.: Afdække barnets vanskeligheder og ressourcer med henblik på at tilrettelægge den bedst mulige støtte, behandling eller undervisning for barnet/den unge.

Dato:

Underskrift:

Forældre 1: \_\_\_\_\_

Forældre 2: \_\_\_\_\_

Unge over 15 år: \_\_\_\_\_

Samtykkeerklæringen kan tilbagekaldes af forældre, hvis de ønsker det.