 Vedlegg

 Unntatt offentlighet Fvl. §13 – Underlagt taushetsplikt

**Samtykke til utveksling av informasjon og tverrfaglig samarbeid**

Jeg/vi gir med dette samtykke til at barnehagemyndigheten, uten hinder av taushetsplikten, kan drøfte informasjon om mitt barn med de instansene som er krysset av under. Hensikten med drøftingene er å samarbeide om tiltak for vårt barn.

Barnets navn:………………………………………………………………………………………… Født:………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Tjeneste | NAVN PÅ KONTAKTPERSON |
| Helsestasjon/helsesøster |  |
| Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) |  |
| Fysioterapeut |  |
| Ergoterapeut |  |
| Barneverntjenesten |  |
| Fastlege |  |
| Kommuneoverlege |  |
| Habiliteringstjenesten for barn (HAB) |  |
| Barne-og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP) |  |
| Eventuelt andre: |  |

Jeg er informert om lovhjemler for samtykket og om hvilke opplysninger det samtykkes om i forhold til samarbeid. Jeg er informert om at samtykket kan trekkes tilbake når jeg/vi måtte ønske det.

Varighet for samtykke:

Sted/dato:

Underskrift foreldre/foresatte:

Sted/dato:

Underskrift til den som innhenter samtykket: