



### MEDGIVANDE TILL ATT TA DEL AV UTREDNING/UTREDNINGAR

#### Elev

Förnamn, efternamn	Personnummer (10 siffror)	
Gatuadress	Postnummer	Ort
Klass	Mentor	

#### Utredningar

Mitt barn har genomgått följande utredning/utredningar:

Datum	Utredning	Utredare
Datum	Utredning	Utredare
Datum	Utredning	Utredare

#### Medgivande

Följande personer får ta del av utredningen/utredningarna:

<input type="checkbox"/> Rektor
<input type="checkbox"/> Biträdande rektor
<input type="checkbox"/> Skolsköterska
<input type="checkbox"/> Kurator
<input type="checkbox"/> Specialpedagog / speciallärare
<input type="checkbox"/> Mentor
<input type="checkbox"/> Ämneslärare
<input type="checkbox"/> Fritidspedagog
<input type="checkbox"/> Resursperson

#### Underskrifter

Vid gemensam vårdnad krävs båda vårdnadshavares underskrift

Vårdnadshavares namnteckning	Vårdnadshavares namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Datum	Datum
Telefonnummer	Telefonnummer